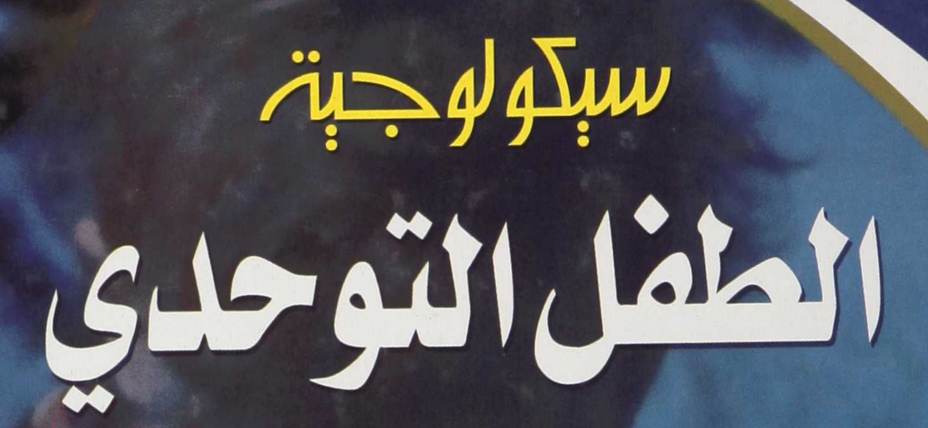


سيكولوجية
الطفل التوحدي

تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها
أسبابها - التدخل العلاجي

الدكتور
محمد أحمد خطاب
دكتوراه في دراسات الطفولة لذوي
الإحتياجات الخاصة - جامعة عين شمس



سيكولوجية

الطفل التوحدي

رقم الإجازة المتسلسل لدى دائرة المطبوعات والنشر (2004/8/2010)

رقم التصنيف : 155,442

تأليف : خطاب ، محمد

عنوان الكتاب :سيكولوجية الطفل التوحدي/محمد احمد خطاب. ـ عمان :مكتبة دار الثقافة

رقم الايداع : (2004/8/2010)

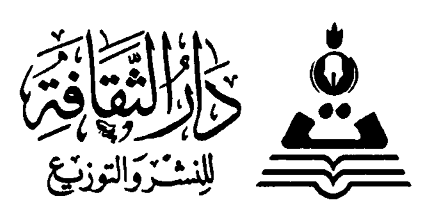
الواصفات :/ سيكولوجية الاطفال// نمو الطفل/

بيانات النشر : عمان - دار الثقافة للنشر والتوزيع

● تم إعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

ISBN 9957-16-046-x ردمك

الطبعة الأولى / الإصدار الأول



المركز الرئيسي: عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - عمارة الحجيري
هاتف: 4646361 6 962+ - فاكس: 4610291 6 962+ - ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن
فرع الجامعة : شارع الملكة رانيا العبدالله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري
تلفون: - 5341929 6 962+ - فاكس: 5344929 6 962+ ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن
www.daralthaqafa.com
E-mail : info@daralthafqa.com

تصميم وإخراج / مكتب دار الثقافة للتصميم والإخراج

سيكولوجية

الطفل التوحدي

تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها
أسبابها - التدخل العلاجي

الدكتور
محمد أحمد خطاب

دكتوراه في دراسات الطفولة لذوي
الإحتياجات الخاصة - جامعة عين شمس



2005

محتويات الكتاب

الصفحة

الموضوع

الفصل الأول:

مدخل إلى دراسة إعاقة التوحد

الفصل الثاني:

خصائص وسمات الأطفال التوحديين

الفصل الثالث:

الصفحة

أسباب التوحد(الأوتيزم)

الذاتوية

الفصل الرابع:

تشخيص إعاقة التوحد

الفصل الخامس:

الفصل السادس:

التوحد والأساليب العلاجية

الفصل السابع:

الفصل الأول

1 مدخل إلى دراسة إعاقة التوحد

- البدايات التاريخية لدراسة التوحد .
- أهمية دراسة التوحد .
- نحو تعريف لمفهوم التوحدية .
- بدء اضطراب التوحدية ومساره .
- انتشار اضطراب التوحدية (الذاتوية).

الفصل الخامس:

الفصل السادس:

التوحد والأساليب العلاجية

الفصل السابع:

الفصل الأول

1 مدخل إلى دراسة إعاقة التوحد

- البدايات التاريخية لدراسة التوحد .
- أهمية دراسة التوحد .
- نحو تعريف لمفهوم التوحدية .
- بدء اضطراب التوحدية ومساره .
- انتشار اضطراب التوحدية (الذاتوية).

1

مدخل إلى دراسة إعاقة التوحد

البدايات التاريخية لدراسة التوحد:

يعتبر " ليوكانر " Leo Kanner- وهو طبيب نفس أمريكي - أول من أشار إلى الذاتوية "إعاقة التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943م .

حيث لاحظ وجود (11) طفلاً مضطرباً يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصاميين وقد سمى كانر تلك الأعراض باسم الذاتوية الطفلية الباكرة early infantile autism لأنه لاحظ وجود وحدة ذاتوية متطرفة تغلق الباب أمام أي شيء يأتي للطفل من الخارج وقد إعتبر "ليوكانر" الوحدة الذاتوية أكثر الأعراض أساسية ولكن وجد أيضاً أن أولئك الأطفال كانوا عاجزين منذ بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين بالطرق المعتادة وكانوا محدودي اللغة ولديهم رغبة حوارية كبرى أن يظل كل شيء حولهم كما هو دون تغيير.

وعلى الرغم من وصف كانر وآخرين للاضطراب مثل " ريملاند 1964، "Rimland " إلا أن إسم الاضطراب لم يتم قبوله في الإصطلاحات التشخيصية الرسمية حتى نشر DSMIII في عام 1980، وفي DSMIV ثم تصنيف الاضطراب الذاتوي "التوحدي" على أنه أحد اضطرابات النمو المنتشرة " Pervasive Developmental Disorders" أولتمانز وآخرون ، 2003 439" : ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة -كما سنشير

إلى ذلك في محاولات تعريف هذا الاضطراب - من هذه التسميات على سبيل المثال لا الحصر:

أ - فصام الطفولة المبكر Early Infantile Autism

ب - إجترارية الطفولة المبكرة Early chidhood Autism

ج - ذهان الطفولة children Psychesis

د - النمو غير السوي (الشاذ) Atypical Development

(وهو لفظ يستخدم أحياناً ليميز فصام الطفولة أو إعاقة التوحد الطفلية المبكرة).

هـ - نمو((أنا)) غير سوي Atypical Ego Development

ويرى بعض الباحثين مثل (يوسف القريوتي وآخرون 1990 ، 1982، Matz) أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح «إعاقة التوحد» واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب .

بالإضافة الى ذلك ، فإن إستخدام عدد من التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارق للإجترارية.

ومن الناحية التاريخية ، استخدم مصطلح "إعاقة التوحد" في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة أو فصام الطفولة Childhood Schizophrenia وفي ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح الذاتوية "إعاقة التوحد" كوصف لصفة الإنسحاب لدى الفصاميين، ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كإسم للدلالة على اضطراب

1

الذاتوية "إعاقة التوحد" بأكمله.

(عبد الرحمن سيد، 2002 7 :8)

وتضم مجموعة اضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة أربعة اضطرابات هي:

أ - التوحد Autism

ب - الأسبرجر والرت Asperger and Rett

ج _اضطرابات النمو التحليلي أو التفسخي.

(Children Disintergrative Disorder)

د- اضطرابات النمو غير المحدودة.

Pervasive Developmented Disorder- Nos (PDD-NOS).

(A.PA,1994,P.231)

أهمية دراسة إعاقة التوحد:

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة سعياً وراء الفهم فإن أهمية دراسة إعاقة التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته. مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل المضطرب (التوحدي) يثبت عندها كما أننا نستطيع أن نرى النكوص إلى هذه المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) Egocentrism يحدث في مرض الفصام مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى جزئياً مرحلة إعاقة التوحد "الأوتيسية" وإستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع . ثم عاد إلى النكوص إلى تلك المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) آخذاً معه بعضها .

خصائص المراحل المتقدمة.

كما يجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية

والبيئية، فالطفل الذي يولد بميول إجترارية قد يستفز أمه لتعامله بالتالي معاملة خاصة ومميزة عن باقي إخوته مما قد ينمي فيه ظواهر المرض.

كما تأتي أهمية دراسة إعاقة التوحد من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها. وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبات صرعية، وأن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن (50) وأنه قد لوحظ أن 25% أو أكثر من حالات "إعاقة التوحد" يولد لديهم تاريخ نوبة صرعية أو أكثر. كما أن من المضاعفات أيضاً حدوث الإكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة كإستجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة عن إعاقة التوحد.

وفي حالة التعرض لضاغط نفسي أوإجتماعي يظهر المريض أعراضاً كتاتونية (تصلبية) ، خاصة التهيج Excitement أو أخذ وضع ثابت Postruring أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات وهلاوس، ولكنها جميعاً تزول بزوال الضاغط.

(عبد الرحمن سيد، 2001، 16 :15)

نحو تعريف لمفهوم التوحد:

نظراً لقلة الكتابات التي تناولت هذا النوع من الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة فإن البحث عن تعريف محدد له سيكون من الصعوبة بمكان كبير. وعلى أية حال فسوف يكون من المهم أن نعرض لبعض التعريفات - سواء عربية كانت أو أجنبية - وذلك على النحو التالي:

1

يطلق عبد المنعم الحفنى (1978: 80-81) على "إعاقة التوحد" مصطلح الانشغال بالذات ويقرر أنه مصطلح أدخله "بلولر" ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام والإنشغال بالذات أكثر من الإنشغال بالعالم الخارجي، والإنشغال بالذات - من وجهة نظره - هو حركة العملية المعرفية في إتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام، والمسافر في الماء، ويتخيل أنه يرى نبعاً عن بعد، ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها، وتدور أحلام يقظته حول إنتصارات بطولية.

أما الطفل الذاتوي "التوحدي" أو الأناني Autistic child فهو طفل منسحب بشكل متطرف، وقد يجلس الأطفال الذاتويون (التوحديون) يلعبون لساعات في أصابعهم أو بقصاصات ورق، وقد بدا عليهم الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالاتهم.

ويصنف "محمد شعلان" (1979: 116) إعاقة التوحد ضمن الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة ، ويقتصر في تناوله لأذهنة الطفولة المبكرة على نوعين يطلق على الأول وهو "إعاقة التوحد" تسمية الذهان الذاتوي Autistic psychosis ويرى "شعلان" أن من الممكن تسميته أيضاً بالذاتوية الطفلية المبكرة Early Infantile Autism ولا يضع "شعلان" تعريفاً لهذا الاضطراب، وإنما يركز فقط على الأعراض، وهو ما نتناوله تفصيلاً عند الحديث عن أعراض إعاقة التوحد "الأوتيسية" وخصائصه في الفصول التالية.

ويذكر "سوين" (1979: 753) أن المعالجين النفسيين والمشتغلين

بإختلالات الطفولة، ليس لديهم خطة تصنيف واحدة تبين أنها مقنعة لكل المختصين بالأمراض النفسية عند الأطفال، مثال ذلك أن مصطلحات "فصام الطفولة " و " الذاتوية" و "إعاقة التوحد" و " الطفلية" و" الطفل غير النمطي" قد إستخدمت لفترة طويلة وعلى نطاق واسع على أساس أنها متساوية في المعنى، وبحيث يمكن أن يحل أحدها محل الآخر.

وتظل التعريفات مختلطة - بناءً على تداخل التصنيف - وبالتالي فلا غرابة في أن يستخدم مصطلح "الطفل غير النمطي" Atypical child ليشمل عدداً من الإختلالات من بينها فصام الطفولة ، ثم ينظر إلى الطفل الإجتراري على أنه نوع من فصام الطفولة كما يفعل "كانر" في حين يختلف معه باحثون آخرون (على سبيل المثال) "ريملاند Rimland, 1964، وونج "wing, 1967 " فيعتبران الذاتوية "إعاقة التوحد" مختلفة عن فصام الطفولة , أو أن نجد أحد الباحثين يقترح أن نستخدم مصطلح ((ذهان الطفولة)) بدلاً من مصطلحات الذاتوية، إعاقة التوحد و"الطفل النمطي" لنشير إلى مرض يختلف عن فصام الطفولة ... وهكذا.

ويطلق الشخص والدماطي (1992: 52-53) على "إعاقة التوحد " عدة معانٍ منها: إجترار الذات، إستثارة الذات، الأوتيسية، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين 30: 42 شهراً من العمر) ويؤثر في سلوكهم .حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريباً) يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح. كما يتصفون بالإنطواء على أنفسهم وعدم الإهتمام

بالآخرين، وتبلد المشاعر. وقد ينصرف إهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها. ويطلق على هذه الحالة أيضاً (فصام الطفولة) Infantile Autism أو " زملة كانر" kanner's syndrome ويرى عثمان لبيب فراج (3 :1994) أن إعاقة التوحد Autism مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو، تتميز بقصور في الإدراك وتأخر أو توقف النمو، ونزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقاً على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

وترى " كريستين مايلز" (185 :1994) أن التوحد Autism حالة غير عادية ، لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً والتوحد مصطلح يجب إستخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ Brain Damage ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف . ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال، وقد يكونوا طبيعيين ، أو أذكياء جداً، أو متخلفين عقلياً.

ويطلق " عمر بن الخطاب" (63 :1994) على إعاقة التوحد مصطلح التوحدية (الأوتيسية) ولا يضع تعريفاً له وإنما يسرد عدة تعريفات تدور كلها حول المعاني الآتية:

أ - اضطراب واضح في الإرتقاء الإجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط

سلوكية نمطية . Stereotyped Behaviour

ب - زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة.

جـ- التأكيد على حقيقة أن التوحدية غالباً ما تتسم بشذوذ في التفاعل الإجتماعي والإتصال.

د- أن نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين 2 إلى 4 في كل عشرة آلاف طفل.

ويتفق "بوير" (Bauer, 1995 : 425) وهو أحد الباحثين المهتمين بمجال اعاقة التوحد مع التعريف الذي ساقه "فريث "Frith, 1993" أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جداً والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها الاضطرابات النمائية المنتشرة Pervasive developmental disorders وتعرف إختصاراً بالحروف الأوائلية التالية (PDDS) وتتميز الاضطرابات النمائية المنتشرة بأن المصابين بها يعانون من أوجة قصور في الصلات الاجتماعية، ومهارات التواصل، وبوجود أنشطة غير سوية، وإهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية، والسلوكيات النمطية، والضعف في مهارات اللعب.

ويربط الباحثون بين الاضطرابات النمائية المنتشرة وظهور بعض الاضطرابات ذات الأساس النيورلوجي العصبي، الذي ترجع أصوله إلى العديد من الأسباب، والتي يمكن أن تتداخل في أسبابها مع إعاقات نمائية أخرى من قبيل التخلف العقلي، واضطرابات النشاط الزائد مع قصور الإنتباه Attention Deficit hypperactivity disorders ويعرف إختصاراً بـ

(ADHD)، وكذلك الصرع.

1

وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات النمائية المنتشرة عادةً ما ينظر إليها على أنها نوع من الاضطرابات قد يمتد طوال الحياة، إلا أن هناك تقدماً ملحوظاً في تحديدها، وفي تحديد أوجه القصور المصاحبة، وفي المناحي العلاجية الحديثة، مما أفضى إلى وجود تحسن كبير في مآلها.

ويرى "إسماعيل بدر" (1997: 731) أن التوحد هو اضطراب إنفعالي من العلاقات الإجتماعية مع الآخرين ، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ، ويؤثر ذلك في العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

ويتبنى " عبد المنان معمور، " 1997: 440" التعريف الذي قدمته ماريكا Marica,1995 الأوتيزم للأوتيزم - كما يفضل هو تسميته بهذا الإسم - من أنه مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس، والإستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الإنتباه، وضعف القدرة على التواصل، وإقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط.

ويرى " محمد عز الدين" (2001: 18) أن التوحد يعتبر اضطراباً يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية. وبعض الإهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير، ويعتبر "التوحد" المصنف الرئيس لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح "الاضطرابات التطورية المنتشرة"

- وهكذا فإننا نجد أننا أمام الفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون

للإشارة إلى كلمة أجنبية واحدة هي Autism وتعدد المصطلحات يعني أن هناك أشكالية في الإتفاق على مصطلح واحد، يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد، غير أنه تتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات إستخداماً في الآونة الأخيرة هو مصطلح "التوحد" ، وفي نفس الوقت تجب الإشارة إلى أن شيوع استخدامه لا يعني أنه أكثر دقة في التعبير عن مضمون هذه الإعاقة.

- أنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها:

(أ) - أن التوحد هو أحد الاضطرابات الإرتقائية (النمائية) المنتشرة كما هو موضح في الشكل التالي:

Pervasive Developmental Disorders

التوحد Autism	زملة ريت Rett syndrome	زملة أسبيرجر Asperger syndrome	اضطرابات الطفولة التحللي "التفككي" Child hood Disintegrative Disorder

(ب) أنه يتميز بنمو أو إرتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.

(ج) أنه يتميز باضطراب في الإستجابة للمثيرات الحسية.

(د) أنه يتميز باضطراب في الكلام واللغة .

(هـ) أنه يتميز بشخصية مغلقة ، والتفات إلى داخل الذات، والإنشغال

1

الكامل بالحاجات والرغبات الخاصة، والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال.

(و) أنه يتميز بأنماط سلوكية مقبولة (نمطية متكررة).

(ز) أنه يتميز بشذوذ في التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين.

(ح) أنه نادر الحدوث أو تتراوح نسبة حدوثة ما بين 2- 4 في كل عشرة آلاف طفل.

(عبد الرحمن سيد 2001، ص :27 ص 29)

بدء اضطراب التوحديه ومساره:

يبدأ الاضطراب قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك من الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الإجتماعي، فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيها، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الإبتسامة الإجتماعية (التي تبدأ عادةً في سن شهرين) وغياب إبتسامة التعرف (التي تظهر عادةً في سن أربعة شهور) فتشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه، أي لا يأتي حركات توقعية (التي يأتيها طفل الشهور الأربعة السوي)، وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب

لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (مثل دخول المدرسة)، وقد يعتبرون هذه هي البداية، إلا أن التأريخ المفصل الدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة، عن ذلك وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو إصابته بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية.

وتظل مظاهر الاضطراب في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الإجتماعي ومهاراتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى السادسة، ويمكن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الإتجاهين (التحسن أو التدهور) وقد يتفاقم العدوان والعناد أو أي سلوك مضطرب آخر ويظل لعدة سنوات، ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب، ففي المراهقة المتأخرة يصبح لدى الذاتويين رغبة في صداقات ، إلا أن عجزهم عن الإقتراب وعدم قدرتهم أن يستجيبوا لإهتمامات الآخرين وإنفعالاتهم، ومشاعرهم تعد عقبة في نمو الصداقات ، والمراهقين الذاتويين لديهم مشاعر جنسية ولكن نقص مهاراتهم الإجتماعية يمنعهم من نمو علاقة جنسية، ويندر جداً أن يتزوجوا، ونادراً ما يستعملون المعاني التي في ذاكرتهم خلال عمليات التفكير بالمقارنة بالأسوياء والمتخلفين عقلياً، وعندما يتعلمون الكلام بطلاقة ينقصهم التوافق الإجتماعي حيث أن محادثاتهم لا تتميز بالإستجابات المتبادلة.

وكقاعدة عامة فإن الأطفال الذاتويين ذو معامل ذكاء فوق (70) والذين يستخدمون لغة تواصل قبل سن 5- 7 سنوات لديهم مآل حسن، وأشارت

الدراسات التتبعية للذاتويين الكبار أن ثلثي الذاتويين البالغين يظلون معوقين ويعيشون في اعتمادية أو شبه اعتمادية كاملة، فقط 1-2% يكتسبون حالة السواء والإستقلالية ويتكسبون من وظيفة، و (5-20%) ينجزون حالة جدية بين السواء والإعاقة ويتحسن التنبوء بمآلهم إذا تحسنت البيئة وظلت مساندة لهم.

وهناك نسبة من 4: 32% تصيبهم نوبات من الصرع العظمى في طفولتهم المتأخرة أو المراهقة وتؤثر سلباً على المآل .. ولكن الإختلال الإجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى منهم فيظلون معوقين. من ذلك نلاحظ أن أهم العوامل التي تتبئ بمصير الاضطراب الذاتوي على المدى الطويل هي معامل الذكاء ونمو المهارات الإجتماعية واللغوية.

إنتشار اضطراب التوحدية:

أشارت الدراسات التي أجريت في كل من انجلترا والولايات المتحدة الأمريكية بإستخدام دلالات تشخيصية مشابهة لما سبق ذكرها إلى أن معدل إنتشار اضطراب الذاتوية (5-4) أطفال في كل عشرة آلاف ، وإذا وجد التخلف العقلي الشديد مع بعض ملامح الذاتوية يمكن أن يرتفع المعدل إلى 20 في كل عشرة آلاف وكان سابقاً يعتقد أنه أكثر شيوعاً في الطبقات الإجتماعية الراقية، ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وكان السبب في ذلك هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج في الطبقات الفقيرة، وقدر معدل إنتشار الاضطرابات مشوهة النمو بعشرة

إلى خمسة عشر حالة في كل عشرة آلاف طفل .

وتنتشر الذاتوية بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1 : (5-3) ولكن البنات الذاتويات يملن لأن يكن أشد اضطراباً وأكثر تاريخاً أسرياً للخلل المعرض من الذكور .

ولقد لوحظ أن حوالي 40% من الذاتويين لديهم معامل ذكاء يقل عن (50إلى 55)، وحوالي 30% يتراوح معامل ذكائهم بين (70-50)، ويلاحظ أن حدوث الذاتوية يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي 20% من الذاتويين لديهم ذكاء غير لفظي سوي، ودراسة سجلات معدلات الذكاء للذاتويين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير المجرد مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة .

(محمود حمودة، 1998، .150 :148).

الفصل الثاني

2 خصائص وسمات الأطفال التوحديين

"محتويات الفصل"

- مقدمة.
- الخصائص السلوكية.
- الخصائص الحركية.
- الخصائص البدنية.
- الخصائص العقلية - المعرفية.
- الخصائص الإجتماعية.
- الخصائص الإنفعالية.
- خصائص أخرى.

2

خصائص وسمات الأطفال التوحديين

مقدمة:

إن الوصف العام لسمات شخصية الطفل التوحدي ومكوناتها لا تجعله مختلفاً إختلافاً جوهرياً عن سمات شخصية الطفل العادي. غير أنه يتعين القول أن ما يعانيه الطفل التوحدي من قصور في اللغة يعد أهم العوامل المميزة لسلوكه عن الطفل العادي. وبوجه عام يمكن في إعاقة التوحد الإشارة إلى خصائص سلوكية، حركية، وعقلية، معرفية، ولغوية، وإجتماعية، وذلك على النحو التالي:

(1) الخصائص السلوكية:

الطفل التوحدي سلوكه محدود. وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات إنفعالية حادة. وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين.

ومعظم سلوكيات الطفل التوحدي تبدو بسيطة من قبيل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصابعه، أو تكرار فك وربط رباط حذائه. وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث أن التغيير في أية صورة من صوره يؤدي إلى إستثارة مشاعر مؤلمة لديه.

كما أن شيوع السلوك غير اللفظي لدى بعض الأطفال التوحديين قد

يكون مرجعه إلى أساليب السلوك التي يتدخل بها الآباء مع الأبناء. كما أن الفشل في إيجاد مفرزات شرطية مُصممة يؤدي إلى ضيق ومحدودية في سلوك الطفل التوحدي ومعروف أن سلوك الطفل العادي السوي يتطور ويرتقي من خلال سلسلة متتابعة من السلوكيات المترابطة التي تشكل عادةً في ضوء توافر مجموعة من المفرزات الشرطية.

ويرى (روث سوليفان) Sullivan, R, 1988 أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة وعدم الإستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم وإستخدام اللغة بشكل سليم.
- الإحتفاظ بروتين معين.
- وهذه الملامح تبقى طوال حياة الأفراد ولكن غالباً - مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة إعداداً جيداً- تصبح هذه الملامح أقل شدة، ولا يمكن علاج أعراض التوحد أبداً ويجب أن يتضمن الفحص الأعراض وتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.

ويضيف (سوليفان) أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة. وأسلوب التصرف:

1- قصور شديد في الإرتباط والتواصل مع الآخرين.

2

2- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وتشيع المصادات في سنوات الأطفال التوحديين الباكرة، وبعض الأطفال التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعي (إجتراري)، أو بنغمة ثابتة دون تغيير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق.

3- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تغييرات بسيطة في البيئة.

4- التأخر (التخلف) في قدرات ومجالات معنية، وأحياناً يصاحب التوحد مهارات عادية، أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات، أو الموسيقى، أو الذاكرة.

5- الإستخدام غير المناسب للعب والأشياء، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.

6- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم، أوالرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع.

7- إستجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية، فمثلاً يبدو الطفل التوحدي وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله، وعلاوة على ذلك، فإنه قد يبالغ في الإستجابة للآخرين (على سبيل المثال إذا سمع صوتاً عادياً قد يضع يديه على أذنيه).

8- ينظر من خلال الناس، أو يتجنب النظر إلى العيون.

9- البعض منهم لديه قدرات جيدة، أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة . ولكن بعضهمم قد يمشي بشكل غريب، كأن يمشي على

أطراف أصابعه ، أو يكون غير قادر على الإمساك بالقلم.

10- البعض منهم قد يكون لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة، لكن بعضهم (أو مجموعة فرعية منهم) يتسمون بالكسل والخمول.

11- عدم الحساسية لظاهرة الألم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج وبعضهم يمارس شد وخلع الشعر والأظافر).

12- بعضهم (حوالي 25% تقريباً) يعانون من الإصابة بنوبات صرع في العادة عند البلوغ.

13- من الممكن أن يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات، وأحياناً بدرجة شديدة وقد قدرت نسبة هؤلاء البعض حوالي 10%.

14- 65% من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى .

ويرى (شاكر قنديل، 54 :2000) أن أي قصور حاد في أداء الطفل عموماً يؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون إتساع أفق الشخصية.

أو حدوث ثراء في خبرات الطفل. وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل (التوحدي) عاجزاً عن التأثير في بيئته. ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً تحكمياً (مؤثراً) في مثيرات البيئة. وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة.

2

(2)الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد. يماثل الطفل العادي من نفس سنه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية.

فالأطفال التوحديون لهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف. فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كما أن أذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعيه الى جانبه، وفي معظم الأحيان، فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات: فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر. وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر، وتلك السلوكيات المتكرره ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسيه مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ.

(شاكر قنديل، 58 :2000)

وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديون في موقف إستثارة ذاتية لأنفسهم، فهم مثلاً يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم، ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، بل أن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلى إيذاء أنفسهم، وذلك يمثل الإستثارة الذاتية لديهم.

ويعد فرط الحركة Hyperkinesis مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديين الصغار. في حيث أن نقص الحركة Hypokinesis أقل تكراراً

وعندما تظهر فإنها غالباً ماتتبدل إلى فرط النشاط "النشاط الزائد" Hy-peractivity وتلاحظ العدوانية ونوبات الغضب. وغالباً ما تكون بدون أي سبب ظاهر أو فوري، وذلك بسبب التغيير أو المطالب، ويتضمن سلوك إيذاء الذات، خبط الرأس العض، الخدش، شد الشعر.

وبالإضافة إلى ذلك يوجد قصر في مدى الإنتباه، وإنعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ، الأرق، مشكلات الطعام والتغذية، وتكون اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين.

(حسن مصطفى ، 567 :2001)

(3) الخصائص البدنية:

غالباً ما يكون المظهر العام مقبولاً إن لم يكن جذاباً، مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصةً في المرحلة من عمر سنتين إلى 7سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم المساويين لهم في العمر وغير المصابين بالتوحد. ومن حيث الثبات في العمر المبكر في إستخدام اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط كمعظم الأطفال ، فإننا نجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على إستخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون إستعمال اليد اليمنى مع اليسرى؛ مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر. كذلك نجد إختلافاً عن الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع Finger prints التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العام مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم Neuroectodermal Devel

2

opment ويتعرض أطفال التوحد من طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع العام، كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وإنعكاسات تأثيرها عليهم. ففي الكثير من حالات التوحد، قد لا ترتفع حرارة جسم الطفل التوحدي المصاب بالحمى أو مرض معدٍ يرفع حرارة الطفل السليم، والبعض لا يشكو مما يعانيه من الآم بل لا يعبر عن أمله بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع.

ومع هذا فإن سلوكيات الطفل المتوحد تكون أكثر رقة وهدوءاً وتحسناً أثناء حالات المرض والألم؛ مما يستدل منه الأبوان أو المدرس على أن الطفل يعاني مرضاً أو توعكاً أو ألماً.

(Frame, et al, 1987)

(4)الخصائص العقلية- المعرفية:

يغلب على الأطفال التوحديين إنتقائية الإنتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها. كما أن حواس الطفل التوحدي ليست متمايزة مثل حواس الطفل العادي. قد يغطي عينيه حين يسمع صوتاً لا يحب أن يسمعه ... وهكذا.

كما أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة. فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح

2

التي تحيط به، بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها. فقد لا يستجيب لصوت مرتفع، كما قد يبدي تجاهلاً كاملاً لشخص يعرفه جيداً من قبل.

وأيضاً قد لا يبدي مبالاة للألم أو البرد، بينما في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بصوت خشخشة في الأوراق. وقد يحملق بشكل مقصود إلى مصدر للضوء، أو إلى مصباح مضاء، أو يقوم ببرم جزء من ورق مكرراً ذلك عدة مرات ، أو يخمش سطح منضدة.

ويذكر (حسن مصطفى، 567 :2001) أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب ذكائهم أدنى من 50- 55 (تخلف عقلي متوسط، شديد أو عميق)، 30% نسبة ذكائهم 70 أو أكثر. وتظهر الدراسات الكلينيكية والوبائية أن الخطورة بالنسبة لاضطراب التوحدية يزداد بتناقص نسب الذكاء . وحوالي (1/5) خمس الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي عادي إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي Verbal sequencing أكثر من المهارات البصرية المكانية Visiospotial(التصور المكاني) أو مهارات الإستظهار من الذاكرة Memory rote وهذه النتائج تؤكد أهمية الخلل المرتبط بالوظائف اللغوية.

ويرى (روتر، 1983) أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن كثيراً من الأطفال التوحديين لديهم قصوراً معرفياً يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الإجتماعية بإعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين لأن يكونوا معوقين عقلياً؛ بينما الواقع ليس كذلك،

2

ولذلك يرى (روتر) أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة بشكل مناسب، وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول، كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر إجتماعية سواء نتيجة لإستخدام بعض أساليب التدخل، أو أي شكل آخر: فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ. ويذكر (روتر) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على إختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال:

الأول: أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة، ولكنه يتعمد تجنب إعطائها.

الثاني: أن أداء الطفل التوحدي يكون عادةً محكوماً بطبيعة موقف الاختبار، وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

(5)الخصائص الاجتماعية:

يشير الباحثون إلى أنه من الخصائص الإجتماعية المتداولة عن الطفل التوحدي هي الإنسحاب من المواقف الإجتماعية. وأمام خاصية الإنسحاب هذه يرى بعض الباحثين أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات.

حيث يرى (شاكر قنديل، 2000) أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، وقد يحبون الألعاب التي تتطلب إتصالاً بدنياً، بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعانقته وإحتضانه له، أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم.

وفي المقابل من وجهة النظر هذه نرى أن الباحثين الذين قارنوا بين علاقات الطفل التوحدي مع الآخرين وعلاقات الطفل العادي وجدوا أن هناك إختلافاً كبيراً بين نوعي العلاقتين؛ فالطفل التوحدي لا يظهر أدنى قدر من الإهتمام بوجود الآخرين، كما أنه لا ينظر أبداً في وجه أحد ، ودليلهم على ذلك أننا نجد أن الطفل التوحدي قد يقترب من شخص بالغ ويبدو كأنه يريد أن يعانقه، ومن ثم قد يقترب منه، بل ويجلس في حجره، ولكنه يشيح بوجهه بعيداً، فهو لا يتجه إلى الآخر، ولا ينظر إليه مباشرةً مثل الطفل العادي.

إن بعض السلوكيات الإجتماعية للطفل التوحدي يمكن تفسيرها في ضوء عجزه عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم، فمثلاً ليس بمقدور الطفل التوحدي أن يبتسم للآخر الذي يبتسم له، أو أن يصفق حينما يصفق الآخرون؛ وفي كل الأحوال ، فإن من الواضح أن مصدر الإخفاق لدى الأطفال التوحديين فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي هو عدم قدرتهم على تبادل المشاعر في المواقف الإجتماعية؛ أو على الأقل في العجز عن فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الإجتماعي، ولذلك يلاحظ أن الأطفال التوحديين يعجزون عن تفسير مشاعر الآخرين خاصة من خلال التواصل غير اللفظي؛ فقد لا يدرك الطفل التوحدي أن الشخص الذي يتكلم إليه يبدو ضجراً أو متململاً من حديثه على الرغم من أن وجه هذا الشخص وتصرفاته تعبر عن ذلك؛ فهو -أي الشخص- قد يشيح بوجهه بعيداً أو ينظر من نافذة أو يكرر تثاؤبه، وهي سلوكيات يستوعبها الطفل

العادي بسهولة وهكذا يبدو أن لدى الأطفال التوحديين قصوراً في توفيق سلوكهم مع حاجات الآخرين.

ويقرر (حسن مصطفى، 2001: 564) أن كل الاطفال التوحديين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم، ومع الناس الآخرين.

فهم في الطفولة يوجد لديهم نقص كبير فيما يتعلق بالإبتسامة الإجتماعية ، والأوضاع المتوقعة لأن يأخذوا طريقهم إلى الإقتراب من البلوغ (الرشد) فالتلاحم البصري (بالعين) غير السوي هو النتيجة الشائعة... والنمو الإجتماعي للأطفال التوحديين يتميز بنقص (إن لم يكن دائماً غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلي، وفشل مبكر في الإرتباط النوعي بشخص ما ... والأطفال التوحديون غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم: كالآباء والأخوة والمعلمين. ويمكن أن يظهروا عملياً إنعداماً من قلق الإنفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء . وعندما يصل الأطفال التوحديين إلى سن المدرسة، يمكن أن يقل إنسجامهم، أو لا يكونوا في الوظيفية الجيدة للأطفال بصورة عملية واضحة. وبدلاً من ذلك يظهرون الفشل في اللعب مع الأقران ، وفي أن يكون لهم أصدقاء، ويظهرون عدم البراعة، وعدم ملاءمة السلوك وبصفة خاصة يظهرون الفشل في نمو التعاطف Empathy بصورة ملحوظة.

(6)الخصائص الإنفعالية:

هناك مجموعة من ردود الفعل الإنفعالية لدى التوحدي، مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينه، ليس لديه قدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى الطفل التوحدي وقد أسفرت نتائج دراسة قام بها إسماعيل بدر (1997) الى أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك، وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن المرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه، والبعض لا يظهر أي مظاهر إنفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح ، مع عدم الإستقرار الإنفعالي في البيت أو المدرسة، وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الإنفعالية دون فهم أو تفاعل.

(زينب محمود شقير، 2002، ص 49).

(7)خصائص أخرى مثل:

أ - مشكلة النوم: حيث القلق والنوم المتقطع غير المتواصل.

ب - مشكلة الأكل والشرب: الأكل بشراهة دون شعور بالشبع، تفضيل بعض الأطعمة وتكرارها وعدم تنوعها ، شرب مشروبات معينة وبكأس ثابت.

جـ- مشكلة السلامة: لا يعرف الخوف من الأشياء الخطرة (كعبور الشوارع أثناء سير السيارات).

2

د- مشكلة التغيرات التي تحدث في بيته حيث لا يعبأ بها.

هـ- مشكلات إدراكية حيث الخلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد .

و- نقص القدرة على الإستجابة بسبب عدم الفهم.

ز - مشكلة التعميم، فلا يستطيع نقل وتعميم ما تعلمه من بيئة لأخرى.

(المرجع السابق، ص : 44).

الفصل الثالث

3 أسباب التوحد (الأوتيزم) الذاتوية

"محتويات الفصل"

- مقدمة.
1- أسباب إجتماعية- أسرية.
2- أسباب نفسيه وعضوية.
3- أسباب إدراكية.
4- أسباب عصبية وبيولوجية.
5- أسباب مناعية.
6- أسباب جينية.
7- عوامل قبل ولادية.
8- أسباب عصبية وتشريحية.
9- أسباب بيوكيميائية.

3 أسباب التوحد (الأوتيزم) الذاتوية

المقدمة:

إختلف العلماء والدارسين في تحديد أسباب حدوث التوحد، وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ، وحالات مضطربي التواصل، كما ترجع صعوبة تحديد الأسباب لصعوبة التواصل مع الطفل التوحدي، وصعوبة التفاعل الإجتماعي معه مما يجعل الغموض يحيط به، إلى الحد الذي جعل هناك أسباب متعددة لحدوث الاضطراب، وبالتالي لا يمكن الإعتماد على أحد هذه الأسباب بشكل قاطع وعملي، وقد تتداخل العديد من الأسباب في حدوث هذا الاضطراب ، وكان كانر أول من بحث عن أسباب حدوثه، ثم توالت الدراسات التي أمكن من خلالها التوصل إلى أهم الأسباب التالية:

(1)أسباب إجتماعية- أسرية:

أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب منها:

- تعرضه للعديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية داخل الأسرة.
- خوف الطفل وإنسحابه من الجو الأسري وإنعزاله بعيداً عنها وإنطوائه على نفسه.
- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل أسرته .
- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي، مما يشجعه على الإنغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.
- الضغوط الوالدية المتعددة.
- هناك بعض الدراسات تشير إلى أن تعرض الأم لحالات النزيف أو

3

حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية قد يتسبب في ولادة طفل توحدي.

- تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.
- أثبتت بعض الدراسات أن الولادة العسرة تزيد من إحتمالية ولادة طفل توحدي.

(2) الأسباب النفسية والعضوية:

يتعرض الطفل التوحدي لإنفعالات حادة وهناك من يرى أن التوحد سببه مرض الفصام في الطفولة ، ومع تزايد العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كامله في المراهقة وهذا إحتمال ضعيف لحدوث التوحد.

أظهرت الفحوص والإختبارات التصويرية للدماغ لدى التوحدي ظهور إختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ، وفروق واضحة بالمخيخ، وضمور في حجم المخيخ خصوصاً في الفصوص الدورية أرقام (6، 7) كما أظهر الرسم الكهربائي (E.E.G) ظهور بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي 20- 65% من حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع خصوصاً مع تقدم الطفل في العمر.

وقد أرجع البعض السبب إلى وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد، مما ينتج عنه الإصابة بالاضطراب . إذ لوحظ تشابه في الأعراض بين الإختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية.

(3) اسباب إدراكيه:

يرى أنصار هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي، حيث أشارت دراسة ألين وآخرون (1991) أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض

قدرتهم على الإدراك، بالإضافة إلى اضطراب اللغة.

(زينب محمود شقير، 2002، ص 38، ص 40)

3

(4) الأسباب العصبية والبيولوجية لاضطراب التوحدية:

الأعراض التوحدية ترتبط بظروف ذات اضطرابات عصبية، والحصبة الألمانية Rubella الفطرية، والفنيل كيتونيوريا Pku والتصلب الدرني Tuber-ous sclerosis وإضطراب رت، ويظهر الأطفال التوحديين أدلة كثيره عن تعقيدات في المرحلة قبل الولادية عند المقارنة مع مجموعات من الأطفال العاديين.. ووجد أن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ جسمي فطري مقارنة بأشقائهم والمجموعات الضابطة من الأطفال العاديين، مما يوضح بأن تعقيدات الحمل خلال الشهور الثلاثة الأولى First trimester تعتبر ذات دلالة هامة.

وهناك نسبة من 4 إلى 32% من الناس الذين لديهم التوحدية قد كان لديهم نوبة صرع كبرى Grand mal seizures في وقت ما، وحوالي من 20 إلى 25% يظهرون إستطالة في البطين - كما يظهره الرسم المقطعي بالكمبيوتر - كما يظهر أن هناك عدداً من الأشكال المختلفة غير الطبيعية التي يظهرها رسم موجات الدماغ electoroencephagram (EEG) حيث تتواجد لدى ما بين 10- 23% من الأطفال التوحديين.. وعلى الرغم من أنه لم توجد نتائج نوعية معينة من رسوم المخ الكهربية لاضطراب التوحدية فإنه توجد بعض الدلائل عن عيب في الجاذبية المخية... وحديثاً: فإن الرنين المغناطيسي Magnetic resonance imaging (MRI) قد كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ ولحائه (قشرة المخ) وبصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى بعض المرضى التوحديين.... هذه الأشكال غير

غير السوية يمكن أن تعكس خلية غير سوية خلال الشهور الستة الأولى على الهضم. وفي دراسة تشريحية وجد أن هناك تناقصاً في عدد خلايا باركنجي، وفي دراسة أخرى وجدت زيادة في العمليات الحيوية البيولوجية لدى الأطفال التوحديين. . (Balottin, 1989. P. 112)

(5)الأسباب المناعية:

تشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدية. كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحدية يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير إحتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

(6)الأسباب الجينية:

في عدة دراسات وجد أن ما بين 4% :2 من أشقاء الأطفال المصابين بالتوحدية كانوا مصابين أيضاً باضطراب التوحدية، وهي نسبة تصل إلى 50 مرة أكبر مما يحدث في المجتمع العام. إن معدل حدوث اضطراب التوحدية في دراسات التوائم وجدت أن هناك نسبة تصل إلى 36% بين زوجي التوائم العادية الزيجوت مقابل صفر٪ بين زوجي التوائم ثنائية الزيجوت، وفي هذه الدراسة فقد تأكد أن الإقتران الزيجوتي وجد في حوالي نصف العينة. وتشير التقارير الأكلينكية والدراسات بأن الأعضاء في الأسرة المصابيين بالتوحدية لديهم عدة مشاكل لغوية أو معرفية، ولكنها أقل شدة من الشخص المصاب بالتوحدية في أسرة ليس بينها مصاب به.

3

(7) العوامل قبل الولادية:

يبدو أن هناك حالات حدوث عالية لتعقيدات في المرحلة قبل الولادية لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحدية، رغم أن بعضها قد يكون عرضياً كعامل سببي .

وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين كما أن المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين قد وجد في تاريخ الأطفال التوحديين أكثر مما لدى الأطفال العاديين حيث يصاب الطفل التوحدي بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا. كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي لتأثير العقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة والنتيجة هي ميلاد الطفل التوحدي.

(8)العوامل العصبية التشريحية:

الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعات الضابطة من الأشخاص العاديين وجدت بأن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحدية.. والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من : الفص القذالي Occipital lobe، والفص الجداري Parietal lobe، والفص الصدغي Temporal lobe، ولم توجد فروقاً في الفصوص الأمامية، وعلى الرغم من أن المتضمنات الخاصة والسببية لهذا الكبر غير معروفة فإن الحجم الزائد يمكن أن يظهر من ثلاثة ميكانيزمات مختلفة محتملة هي إزدياد الأسباب العصبية، نقص الموت لأسباب عصبية، وازدياد إنتاج انسجة المخ غير العصبية مثل: الخلايا الجليالية glial cells أو الأوعية الدموية وعلى الرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة تفصيلية محددة بإعتبارها عجز عصبي تشريحي لدى التوحديين فإنه يفترض أن المخ الذي يزيد نفسه يمكن أن يكون علامة

بيولوجية لاضطراب التوحدية. أما الفص الصدغي فإنه يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحدية وهذا الإقتراح قائم على التقارير الخاصة بالأعراض المشابهة للتوحدية لدى بعض الناس المصابين بتلف في الفص الصدغي. فعندما تتلف المنطقة الصدغية في الحيوان فمن المتوقع أن يفقد السلوك الإجتماعي، ويظهر القلق والأرق والسلوك الحركي المتكرر، ويبدو السلوك المحدود.

وإكتشاف آخر في اضطراب التوحدية هو نقص في خلايا بوركنجي Purkinje's cells في المخيخ Cerebllum وهذا النقص من المحتمل أن يؤدي إلى الحالات غير العادية في الإنتباه، والإثاره في العمليات الحسية.

(Balottin, et al . 1989)

(9)العوامل البيوكيميائية:

على الأقل ثلث مرضى اضطراب التوحدية لديهم إرتفاع في بلازما السيروتونين Plasma serotonin وهذا الإكتشاف ليس خاصاً باضطراب التوحدية فقط.. فالأطفال المتخلفين عقلياً بدون اضطراب التوحدية يظهرون أيضاً تلك الصفة .

والمرضى باضطراب التوحدية بدون تخلف عقلي لديهم حدوث عالي من الهيبرسيروتونيميا hyperserotonemia ولدى بعض الأطفال التوحديين توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي cerebrospinal وحامض الهوموفانيلك homovanillic (العامل الأيضي الرئيسي للدوبامين) وقد يكون هذا الحامض في تناسب عكسي مع مستوى السيروتونين في الدم وهذه المستويات تزداد بنسبة الثلث لدى المصابين باضطراب التوحدية وهذا هو الإكتشاف المحدد الوحيد الذي يحدث لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً.

(Balottin,et al-1989)

الفصل الرابع

4 تشخيص إعاقة التوحد

"محتويات الفصل"

- مقدمة.
- تصنيفات خاصة بتشخيص التوحد.
- تشخيص الدليل الإحصائي الرابع للجمعية الأمريكية.
- محكات أخرى للتشخيص.
- قائمة ملاحظة للاضطراب التوحدي PDD والتوحدية.
- التشخيص الفارقي لإعاقة التوحد.

4

تشخيص إعاقة التوحد

مقدمة :

يعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم.

وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض فيما يلي بعضها:

1- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والإجتماعي والإنفعالي والعاطفي. وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم أو - باختصار- تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرهما.

2- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى آخر. ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض . ويرجع هذا التعدد والإختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة. ومن هنا يمكن تفسير تعدد الأعراض وإختلافها من فرد إلى آخر.

3- إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، يحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان. وحيث تصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء (قشرة) المخ. والتي تتحكم في الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي - بصفة عامة- من أكثر

أجهـزة الجسم الإنسـاني تعقيـداً، وما يتـرتب على ذلك من تعـدد صـور الخلل الوظيفي ونتائجـه السلوكيـة، وبالتالي تعـدد وإختـلاف أو تشـابه الأعراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

4- كـذلك تتـعـدد وتتنوع أنواع الإصـابات التي تؤثـر على المخ والجـهـاز العصبي؛ فقـد تحـدث الإصابة نتيجـة تلوث كيميائي (مـثل الرصـاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو المبيدات الحشرية، أو نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسليـة أو الحمى الشـوكيـة أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرني أو سرطان المخ أو الدم وغير ذلك من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة ... وبالتـالي تتـعـدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيـفي والسلوكي المترتبة على الإصابة، فقـد تؤدي الإصـابة إلى تلف جـزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها، كما تؤدي إصـابة جزء من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من الأعـراض تشخص على أنها إعاقة أسبرجر أو ريت أو إعاقة تخاطب أو تعلم أو تخلف عقلي أو غيـر ذلك من الإعـاقـات التي تتشـابه مع أعـراض التوحد.

5- بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات، فإنه لا يوجد حتى الآن من الإختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد... حتى إختبارات الذكاء المعروفة

4

من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد؛ بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن الإتصال والتواصل، أو نشاط حركي زائد، أو عدم توفر القدرة على الإنتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص.

(عثمان لبيب فراج، 2002، 68- 69)

6- أن الواقع الحالي في عمليات تصنيف الأمراض النفسية وتشخيصها لا يزال واقعاً غير مرض.

(زينب محمود شقير، 2002: 52)

من كل ما سبق تكون هناك ضرورة للبحث عن طرق دقيقة ومحددة لتشخيص التوحديين مع ضرورة توافر مجموعة هامة وضرورية من المعايير المحددة التي يجب إستخدامها في التشخيص والتصنيف لطفل التوحد هي:

1- اضطرابات حادة في الشخصية تتميز بإنطواء شديد على الذات وإنفصال تام عن الناس.

2- دلائل تشير إلى أن هذه الظاهرة تحدث خلال السنتين الأوليين من الحياة.

3- عدم وجود مظاهر لتأخر حاد في النمو الحركي، والتي ترتبط عادةً بجوانب من القصور العقلي الحاد، وقد قدم (يانت) بيانات ومعلومات عن الحالات التي قام بدراستها، وأشار إلى أنها تختلف في معظمها وبشكل حاد عن تلك الحالات التي قدمها (كانر) قبل ذلك.

وقد اقترح وارد Ward المحكات التالية لتشخيص الأطفال التوحديين:

- عدم الإرتباط بالأشياء.

- عدم إستخدام اللغة والإتصال.
- المحافظة على الرتابة والروتين.
- ضعف في الوظائف العصبية.

وقد وضع دليل التشخيص الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكي (DSM-III-1980) الخصائص التشخيصية التي تميز الطفل التوحدي وهي:

1- عدم ظهور الأعراض قبل مرور ثلاثين شهراً من ميلاد الطفل.

2- عجز عن التقليد والمحاكاة.

3- سلوك فرط النشاط.

4- الميل للعزلة الإجتماعية ، والإنطواء على الذات.

5- قصور في اللغة، مع قلب الضمائر.

6- ضعف القدرة على الإهتمامات والتعلق بأشياء تافهة.

7- ليس هناك تفكك في الشخصية، ولا توجد لديه هذيانات أو هلاوس وغياب الكلام المفكك.

8- عدم القدرة على الإستجابة للآخرين.

9- عجز القدرة على التخيل.

وقد صنفته ماري كولمان إلى ثلاث مجموعات هي:

1- ظاهرة التوحد الكلاسيكية:

تظهر لدى الأطفال في هذه المجموعة علامات من ضعف الجهاز العصبي، ويمكن ملاحظتها في وقت مبكر، كما يمكن لهؤلاء الأطفال تحسين وضعهم ما بين 5- 7 سنوات.

4

2- ظاهرة إنفصام في الطفولة:

مع علامات التوحد، وهؤلاء مشابهون للنوع الأول، ولكن بداية ظهوره في وقت متأخر بعد 30 شهراً، وتظهر عليهم علامات نفسية بالاضافة إلى النوع الكلاسيكي الذي عرفه كانر.

3- ظاهرة التوحد بتلف الدماغ:

يظهر عليهم مرض في الجهاز العضوي مثل العمى أو الصمم.
(خولة يحيى ، 2000، 54)

إلى أن جاء الدليل التشخيصي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكي (D.S.M.- VI- 1994) بتصنيفين للتوحد هما:

1- التوحد الطفولي بوجود أعراض كاملة.

2- التوحد الطفولي بوجود أعراض متبقية .

وقد وضع هذا الدليل التوحد على أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة، ووضع ستة عشر معياراً لتشخيص التوحد وتقع هذه المعايير ضمن ثلاث فئات هي:

أ - قصور التواصل اللفظي والنشاط التخيلي.

ب - قصور نوعي في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة.

جـ- إظهار مدى محدود جداً من النشاطات والإهتمامات. على أنه يجب توافر ثمانية معايير على الأقل من الفئة (أ)، وفقرة من الفئة (ب)، وفقرة من الفئة (ج)، ولا يعتبر المعيار متحققاً إلا إذا كان السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل.

4

وهذه الفئات هي:

(أ) التفاعل الإجتماعي:

1- عجز واضح في مستوى الوعي بمشاعر الآخرين ،(قد يعامل الأشخاص وكأنهم إناث).

2- بحث شاذ عن الراحة في أوقات الإنعصاب (لا يشعر بالحاجة لمساعدة الآخرين في الظروف الصعبة).

3- عطب سلوك المحاكاة (لا يشير بيده مثل الآخرين ولا يقلد نشاطات الأم ... الخ)

4- شذوذ في اللعب الإجتماعي (اللعب الفردي ولا يشارك في اللعب الجماعي).

5- عجز واضح في القدرة على تكوين علاقات صداقة مرجعية.

(ب) الإتصال اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي:

1- لا توجد لديه وسيلة للإتصال وإنما يصدر أصواتاً غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهية أو إيماءات مقبولة.

2- غياب النشاط التخيلي (على سبيل المثال لعب أدوار الكبار أو الإهتمام بالقصص التي تتضمن أحداث خيالية).

3- نقص وشذوذ واضح في الحصيلة اللغوية.

4- شذوذ واضح في محتوى الكلام إذ يتضمن النمطية أو تكرار الكلام (مثل التكرار الميكانيكي لدعايات التليفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا).

4

5- عطب واضح في القدرة على المبادرة في الحديث أو إستمراره، بالإضافة لإستخدامه لغة غير مناسبة (لها قدر من عدم اللياقة).

6- قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم إمتلاك الطفل مقدرة على الكلام (مثل التحدث عن نفس الموضوع على الرغم من عدم إستجابة الآخرين).

جـ - ذخيرة محدودة من النشاطات والإهتمامات:

1- حركات جسمية نمطية (مثل ثني اليدين، هز الرأس).

2- الإنشغال والإهمال الكامل وبشكل متواصل بأجزاء معينة من الأشياء ، (مثل شم الأشياء، لمسها بشكل متكرر) أو التعلق بأشياء معينة لا داعي منها (مثل الإصرار على مسك شيء معين بصفة مستمرة).

3- الإنفعال والتوتر عند حدوث تغيرات بسيطة في البيئة (كتغيير مكان شيء معين في غرفته).

4- الإصرار غير المنطقي على الروتين اليومي، وإتباع نفس النمط من النشاطات (كالتمسك بموعد أو طريقة محددة في الشراء أو المذاكرة أو اللعب).

هذا ويشترط أن يكون الاضطراب قد ظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر.

(عمر بن الخطاب، (1991)، جمال القاسم وآخرون، (2000)).

- تشخيص الاضطراب التوحدي طبقاً للدليل الإحصائي الرابع للجمعية الأمريكية (DSM-IV- 94) فإن تشخيص الاضطراب التوحدي وفقاً لهذا التصنيف إذا توافرت علامة واحدة في كل من جزء أ، ب، جـ، بالإضافة إلى

ستة على الأقل من المجموع.

أو عجز كيفي في التفاعل الإجتماعي ويظهر فيما يلي:

- عجز واضح في إستخدام السلوك الغير لفظي المتعدد Multiple Non Verbal Behaviourمثل الحملقة بالعين Eye- to- eye gage والتعبير الوجهي Facial Expression والوضع الجسدي Body Postures أو الايماءات . Gestures

- فشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.

- فشل البحث التلقائي عن مشاركة المتعة والإهتمام مع الآخرين.

- فشل المشاركة الإجتماعية والعاطفية.

العجز الكيفي في الإتصال Communication:

- تأخر أو نقص كامل في تطور اللغة اللفظية مع محاولة إيجاد لغة أو طريقة بديلة للإتصال مثل الإشارة.

- عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.

- إستخدام متكرر للغة.

- الإفتقار إلى محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الإرتقائي.

الانشطة والإهتمامات:

- الإنشغال بنوع واحد أو أكثر من الإهتمامات من إعطاء تركيز مكثف.

4

- إنشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس ككل.
- سلوك نمطي متكرر.
- عدم المرونة وعدم القدرة على التخلي عن الروتين.
- يشير الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن القصور في النمو والإرتقاء يحدث قبل سن الثالثة، ويظهر القصور في واحدة، على الأقل من الجوانب الثلاثة وهي كالآتي:

1- التفاعل الإجتماعي.
2- اللغة وإستعمالها في الإتصال الإجتماعي.
3- اللعب الرمزي أو الخيالي.

(DSM, 1994, P.P 70-71)

وسائل أخرى لتشخيص التوحد:

دائماً يلجأ الأخصائيون الأكلينيكيون إلى العديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل، وذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني من مثل هذا الاضطراب فهم دائماً يلجأون إلى مجموعة من الطرق وهي كالآتي:

(1) **التاريخ التطوري للحالة** Developmental History:

إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي، ويشتمل التاريخ التطوري للطفل نموه والمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي وهل تناول عقاقير معينة من الفترة السابقة أو حدثت له أي حوادث أو أصيب بأي مرض وفي أي سن ... الخ.

(Freeman, B.J., 1986 P.P. 18-21)

4

(2) التاريخ الوراثي للحالة: Genetic History:

إن الحصول على التاريخ التطوري للحالة يشمل أيضاً الحصول على التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطراب أو خلل مرتبط بالحالة، فقد أكدت الأبحاث أن حوالي30% إلى 50% من حالات التوحد قد تكون لها أصول وراثية وأوضحت بعض الدراسات أنه قد تكون أسرة الطفل التوحدي لديها مشاكل في التفاعل الإجتماعي مع المحيطين، بمعنى أن هذه الأسرة قد تكون غير إجتماعية أو تحب الإنطواء، أو تكون من الأسر المحبطة وعليها ضغوط كثيرة فكل ذلك له تأثير على الطفل.

(Grandin, T. and Scariano, M,1986)

(3) تاريخ الحمل Pregency History:

دائماً يحتاج الأخصائي الإكلينكي أو الطبيب المعالج معرفة المزيد عن فترة حمل الأم للطفل، حيث قد يحدث للأم بعض مخاطر أثناء هذه الفترة تكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها. بمعنى أن الأم من الممكن أن تتعرض لمجموعة من المخاطر أثناء الحمل مثل تعرضها لإحدى الأمراض المعدية أو تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية أو حدوث طفرة جينية أو يحدث اضطراب في كروموزومات الجنين دون أن تدري.

(4) التقييم السلوكي Behavioral rssement:

إن التقييم السلوكي جزء هام من تقييم الطفل التوحدي ولكن هذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبره كثيرة من قبل الأخصائي الأكلينكي، ويوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية، الأسلوب الأول: الملاحظة غير المقننة، الثاني: الملاحظة المقننة ويجب أن يستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم.

(siegel, B. 1996, P. 94: 95)

4

(5) اختبارات الذكاء المقننة:

لقد أشار Freeman and ritvo أن حوالي 60% من التوحديين أداؤهم أقل من 50% على اختبارات الذكاء.

(6) إستخدام بعض الأدوات للتشخيص:

مثل قائمة شطب سلوك المتوحدين . Checklist for Autism in Toddler

(7) مقابلة الوالدين.

(8) المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل.

(خولة يحيى ، 2000)

وفيما يلي سوف نعرض قائمة مقننة لملاحظة الاضطراب التوحدي ، وهذه القائمة تساعد في الكشف عن الأعراض المختلفة التي لا تظهر أمام المعالج. فهذه القائمة يجيب عليها الوالدان وتعتبر من القوائم الهامة لوصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر 18 شهر إلى 3 سنوات وتعتبر العلامات الأولية لاضطراب التوحد .

4

قائمة ملاحظة للاضطراب التطوري PDD والتوحدية

العمر بالشهور	الأسئلة
من الميلاد حتى 6 شهور	هل يبدو طفلك مهتماً بشكل غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة بإهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثلاً؟)
من 6حتى 12شهراً	- هل من الصعب أن تجذب إنتباه طفلك. - بعض الأطفال يحبون الصعود لأعلى وآخرون يبكون؟ فهل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يبكون؟
من 12حتى 18شهراً	- هل يشعر طفلك بالملل وعدم المبالاه للحديث المحيط به؟ - هل لاحظت طفلك قادراً على التوجه نحو بعض الأصوات وليس الآخرين؟ - هل يتجاهل طفلك اللعب لأغلب الوقت؟ - هل شعرت بالشك بأن طفلك مصاب بصعوبات بالسمع؟ - هل تعجب إذا لم يعرف طفلك إسمه؟ - هل يفضل طفلك أو يرفض أطعمة معينة بقوة؟
من 14حتى 18شهراً	- هل يبدو طفلك غير مهتم بتعلم الحديث؟ - عند محاولة جذب إنتباه طفلك؟ هل تشعرين أن طفلك يتجنب النظر إليك مباشرة؟ - هل يبدو طفلك خائفاً أو غير مدرك للأشياء

4

	الخطيرة؟ - هل يتجنب طفلك اللعب مع الدميات أو الحيوانات أو حتى يكرههم؟ - هل يتجنب طفلك اللعب بلعب جديدة بالرغم أنه يتمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن يعتاد عليها؟ - لم يبدأ طفلك إظهار ما يرغب فيه بإستخدام الإشارة أو الكلمات أو عمل ضوضاء؟ - في بعض الأحيان هل تشعرين أن طفلك يهتم بوجودك أم لا؟ - هل لطفلك لغة خاصة به؟
من 24 حتى 30 شهراً	- هل يدرك طفلك جزءاً واحداً مما قيل له فقط؟ - هل يحاول طفلك الإتصال عندما يرغب في شيء أو يريد شيئاً؟ - هل يقودك طفلك نحو الشيء الذي يرغب فيه؟ - هل يلعب طفلك اللعب بطريقة آلية متكررة؟ - هل يعجب طفلك بالأشياء الغريبة مثل الرمل، الأشياء اللولبية؟ - هل يستطيع طفلك عمل بعض الأشياء بطريقة جديدة؟ - هل يدرك طفلك أغلب أو كل ما يقال له لكن

	لا يقول شيئاً أو يقول القليل من الكلمات؟ - هل يبدو طفلك يظهر إدراكاً أفضل لكن لا يزال يتبع الإتجاهات. - هل يشعر طفلك عادة بكونه مطارد ولكن لا يحب لعبة الإستجابة؟
من 30 حتى 36 شهراً	- هل تقلقين لأن طفلك لا يبدو مهتماً بالأطفال الآخرين؟ - هل طفلك يلعب لعباً رمزياً؟ - هل يبدو طفلك مهتماً بالأشياء الميكانيكية مثل إشعال الضوء- فتح مقابض الأبواب والأقفال، المراوح، المنبهات، المكانس الكهربائية؟ - هل طفلك غير قادر على محاكاة الآخرين؟ - هل طفلك لا يهتم بمشاهدة التليفزيون ، أو الأشياء التي يشاهدها طفل في مثل عمره؟ - هل يتعلم طفلك الكلمات عن طريق نغمتها وليس تمييزها صوتياً؟ - هل يتمتع طفلك بالإتصال الجسدي عندما يرغب هو فيه وليس أنت التي ترغبين فيه؟ - هل تقلقين بشدة عندما تشعرين أن طفلك لا

4

	يتألم مثل غيره من الأطفال؟ - هل يظهر طفلك القدرة على محاكاة الأشياء مثلما يسمعها ويرددها أو يقلد الأصوات أفضل من الكلمات؟ - هل ينسى طفلك الكلمات القديمة عندما يتعلم الحديثة؟
من 36 حتى 48 شهرا	- هل يردد الطفل الصدى بالضبط كما سمعه من قبل؟ - هل يلعب الطفل باللعب بطريقة مختلفة؟ - عند الإستمتاع بشيء هل يلوح طفلك بيديه أو بأصبعه؟ - هل تقلق لأن نغمة صوت طفلك غير عادية مثل علو النبرة؟ - هل يشعر طفلك بالضيق عند تغيير في الروتين اليومي له؟ - هل يهتم طفلك بتنظيم لعبة بطريقة معينة؟ - هل يعرف طفلك الطريق الذي تسيرين فيه عند ذهابك للسيارة، وهل يتضايق إذا ذهبت بأسلوب آخر؟

(Brnya s, 1996, P. 107)

4 التشخيص الفارقي لإعاقة التوحد

"محتويات التشخيص الفارقي لإعاقة التوحد"

إعاقات قد تصاحب التوحد وتعوق تشخيصه:

- التوحد والتخلف العقلي.
- التوحد والإعاقة السمعية.
- التوحد وصعوبات التعلم.
- التوحد وفصام الطفولة.
- التوحد وإضطرابات التواصل.
- التوحد والاضطرابات الذهانية.
- الحرمان النفسي الإجتماعي والتوحد.
- التوحد والأفازيا المكتسبة مع التشنج .
- التـوحـد واضطراب اللغـة التـعـبـيـرية. الإستقبالية المختلفة.



4

التشخيص الفارقي لإعاقة التوحد

يعاني الكثير من الدارسين من قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كالإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل، واضطرابات الإنتباه.

ومما يوضح ذلك أن مصطلح التوحد الطفولي مصطلح دارج بين المتخصصين، وما زال يستخدم حتى الآن كمرادف لمجموعة من المصطلحات الأخرى، فهو غالباً يفضل إستخدامه بديلاً لمصطلح ذهان الطفولة أو فصام الطفولة، وذلك نظراً لنقص الإتفاق على معايير محددة بتشخيص الطفل الذهاني، وهذه الحالة يطلق عليها عادةً مصطلحات منها ذهان الطفولة، والتوحد الطفولي، وفصام الطفولة ، واضطرابات النمو... الخ.

(زينب محمود شقير، 60 :2002)

- إعاقات قد تصاحب التوحد وتختلط بأعراضه فتعقد التشخيص:

أولاً - التوحد والتخلف العقلي:

كثيراً ما يصاحب حالات التوحد تخلف عقلي، إما ناتج عن وراثة خلل كروموسومي أو أحد أمراض التمثيل الغذائي، وإما إلى إختلاف في دم الأم من حيث RH سالب أو موجب أو بسبب أمراض الغدد أو بسبب عوامل بيئية.

4

والمعروف أن حوالي % 40 من حالات التوحد تكون مصاحبه بتخلف عقلي أقل من 50أو 55، أي تخلف متوسط أو شديد، بينما 30% منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط بين 55، 70.

- وفيما يلي نستعرض بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي، والتمييز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي، والتي يمكن تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقتين.

1- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعته إلى التقرب والإرتباط بوالديه، والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة إجتماعية غائبة تماماً في حالة طفل التوحد.

2- طفل التخلف العقلي من الممكن أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نمواً في اللغة، ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد ما ، ولكنه يستخدم حتى القليل منها مبكراً في التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه.

3- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى Echolalia التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.

4- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته، ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته أو الآخرين، كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم، ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين واللعب الإيهامي، بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة كلياً.

4

5- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في إستعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط مثلاً بين (أنا) و (أنت) فيستعمل كلاً منهما مكان الأخرى، وكذلك بالنسبة إلى غيرهما من الضمائر.

6- طفل التخلف العقلي أسهل مراساً في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.

7- طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية. وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات، فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو إستقباله، وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون مضطرباً وخالياً من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضفي على الكلمات معاني إضافية بعكس طفل التخلف العقلي.

8- طفل التوحد لهذه الأسباب ليس لديه القدرة ولا الدافعية للتعلم والتخاطب؛ ولهذا يعاني من توقف النمو الإجتماعي والقدرة على التفاعل مع الآخرين أو مشاركة أقرانه في اللعب والأنشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلي.

9- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين وهي سمة نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.

10- في الحالات القليلة التي يمكن فيها تطبيق إختبار ذكاء فردي مثل (Wisc) نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر إنخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالباً ما يكون

أكثر إرتفاعاً) لدى أطفال التوحد، بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.

11- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

12- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو الفن (كالموسيقى أو الرسم) أو الشعر أو النشاط الرياضي، بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه، وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف إلا في حالات نادرة للغاية.

13- طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الإهتمام بما حوله، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة.

14- التوحد من حيث إنتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه 2- 3% في 100 على الأكثر، بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة 3% من المجتمع أو أكثر.

15- التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها 30 شهراً، أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معدٍ (كالإلتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة التلوث البيئي (مثل الرصاص أو الزئبق).

4

16- طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له وإحتضانه أو تقبيله بعكس طفل التخلف العقلي.

17- طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً. أما طفل التخلف العقلي (المتوسط والبسيط) فإنه قد يحقق إستقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.

18- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الإنفعالية أو العاطفية، كما أن لديه قصوراً، وغياب القدرة عن التعبير عنها.

19- عجزه عن التواصل لا يقتصر فقط على التواصل اللغوي، بل يمتد - أيضاً - ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون - بتعابير الوجه - بحركة الأيدي والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلمات Auxiliary language بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي (إلا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد).

(عثمان لبيب فراج، 74,2002-77)

20- تقل العيوب الجسمية لدى التوحدي مقارنة بالمعاق عقلياً.

21- العمليات الادراكية: حيث يعاني التوحدي من اضطراب إدراكي اكثر من المتخلف عقلياً، ويعطى إستجابات شاذة لمنبهات بعينها، وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي.

ثانياً- إعاقة التوحد والإعاقة السمعية:

أ- نسبة الذكاء في حالة الإعاقة السمعية أعلى من حالة التوحد.

ب- يمكن للمعاق سمعياً تكوين علاقات إجتماعية.

جـ- سهولة تشخيص المعاق سمعياً مقارنة بالتوحدي.

د- يمكن للتوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.

هـ- يميل التوحدي للإنسحاب الإجتماعي، والإنزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعياً.

ثالثاً- التوحد وصعوبات التعلم:

- أوضحت دراسة التشابه Shea and mesibov (1985)

بين كل من الطفل التوحدي وذوي صعوبات التعلم في كل من:

أ- البروفيل الشخصي.

ب- صعوبات اللغة.

جـ- عدم التمييز المعرفي.

إلا أن هذا التشابه يبدو واضحاً لدى حالات التوحد الحاد، إلى الحد الذي جعل البعض يصفها على متصل واحد.

- بينما أسفرت نتائج دراسة Johnson et al (1992)

إنخفاض دال وواضح لدى الطفل التوحدي مقارنة بذوي صعوبة في التعليم على المتغيرات التالية:

أ- تدهور في حدة السمع والبصر.

ب- تدني الإستجابات الحركية.

جـ- إنخفاض في الأداء اللغوي.

د- العزلة الإجتماعية وصعوبة تكوين علاقات إجتماعية.

4

رابعاً- التوحد وفصام الطفولة:

أوضح كل من (Goldstein et al (1986)، عبد الرحيم بخيت (1997)، أنه يفترض أن التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام، إلى أن إستخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات، وكان أهم أوجه الإختلاف ما يلي:

أ- الطفل التوحدي غير قادر على إستخدام الرموز مقارنة بالفصامي.

ب- ضعف النمو اللغوي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.

جـ- ضعف النمو الإجتماعي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.

د- ضعف النمو الإنفعالي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.

هـ- عدم وجود هلاوس وهذيانات لدى التوحدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.

و- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن، فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة أو مع بداية المراهقة.

خامساً- التوحدي واضطرابات التواصل:

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدي، بينما يتعلم مضطرب التوصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

- يظهر التوحدي بتعبيرات إنفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما يحاول المضطرب تواصلياً أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام.
- يمكن لكليهما إعادة الكلام، إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر.

(smith, 1995 في عبد الرحيم بخيت، 1997)

سادساً- التوحدي والاضطرابات الذهانية:

أوضح شاكر قنديل (2000) وكذلك دراسة كوريتا وآخرون kurita et al (1992) التي طبقت فيها استمارة خاصة بالأمهات ، مع المتابعة المستمرة للحالات من الذهانيين ومن التوحديين عن وجود بعض الإختلافات بين الاضطرابين كالآتي:

1- تدهور واضح واضطراب في الإنتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
2- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
3- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي.
4- نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (4-1)، بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان (الفصام).
5- وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحدي.
6- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الطفل التوحدي بينما لا توجد لدى الذهاني.

4

7- الطفل التوحدي يعاني من اضطراب نمائي وسلوكي وإنفعالي، بينما لدي الذهاني ما هو إلا اضطراب عقلي.

(زينب محمود شقير، 2002، ص :62 ص 65)

سابعاً- الحرمان النفسي الإجتماعي والتوحد:

الاضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية و الإنفعالية (مثل الحرمان الأمومي - الإنحطاط النفسي الإجتماعي- دخول المستشفى- والفشل في النمو) - كل ذلك يمكن أن يدفع الأطفال إلى أن يظهروا لا مبالاة ، وإنسحاباً، وإغتراباً مع تأخر اللغة والمهارات الحركية، والأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالباً ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غنية بالمناخ الإجتماعي النفسي، ولكن مثل هذا التحسن ليس هي الحال مع الأطفال المصابين بالتوحد.

(Piven, et al., 1996)

ثامناً- الأفازيا المكتسبة مع التشنج:

الأفازيا (فقد القدرة على الكلام) المصحوبة بالتشنج هي حالة نادرة يكون من الصعب أحياناً تمييزها عن اضطراب التوحدية واضطراب عدم تكامل الطفولة، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونون عاديين لعدة سنوات قبل فقد القدرة على إنتاج اللغة التعبيرية والإستقبالية لفترة قد تمتد لأسابيع أو شهور ، ومعظمهم يكون لديه قليل من النوبات والصور غير العادية لرسم المخ الكهربي عند البداية، ولكن هذه العلامات قد لا تستمر، واضطراب اللغة المفهومة العميق يأتي بعد ذلك، ويتميز بانحراف

نمط الكلام وإعاقة في الكلام، وبعض الأطفال يتم شفاؤهم ولكن تتبقى لديهم إعاقة لغوية كبيرة.

(حسن مصطفى، 2001، 570)

تاسعاً- اضطراب اللغة التعبيرية- الإستقبالية المختلطة:

مجموعة من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يكون لديهم مظاهر مشابهة للتوحدية، وقد تمثل صعوبة في التشخيص ويلخص الجدول التالي الفروق بين الاضطرابين. كما يلي:

الجدول التالي يوضح

الفرق بين اضطراب التوحدية واضطراب اللغة الإستقبالية التعبيرية المختلط

المحك	اضطراب التوحدية	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
الحدوث	2- 4 في كل 10.000	5 في كل 10.000
نسبة الجنس (ذكور: إناث)	4 - 3 :1	يتساوى الجنسان أو قريباً من التساوي
التاريخ الأسري في التأخر اللغوي أو المشكلات اللغوية	يظهر في حوالي 25% من الحالات	يظهر في حوالي 25% من الحالات
الصمم المرتبط	نادر جداً	ليس نادراً
التواصل غير اللفظي (بالإشارات وغيرها)	بدائي غير متطور	موجود

شذوذ اللغة (مثل : التكرار، قولبية الجمل خارج السياق)	أكثر شيوعاً	أقل شيوعاً
مشكلات النطق	أقل تكراراً	أكثر تكراراً
مستوى الذكاء	غالباً ما يوجد ضعف حاد	خلالها يمكن أن يحدث ضعف ، أقل تكراراً من الحدة.
نمط نسب إختيارات الذكاء	متفاوت، منخفض في الدرجات اللفظية عنه لدى مرض عسر الكلام Dys- phasisإنخفاض في الإختبارات الفرعية للفهم عنه لدى مرض عسر الكلام	متساوٍ أكثر، على الرغم من أن نسبة الذكاء اللفظية أكثر انخفاضاً عن نسبة الذكاء الأدائية.
السلوك التوحدي، ضعف الحياة الإجتماعية، القولبية، الأنشطة الطقوسية	أكثر شيوعاً وأكثر حدة.	تغيب أو إذا وجدت تكون أقل حدة.
اللعب التخيلي	غائب أو طقوسي	موجود بصورة غير عادية.

الفصل الخامس

5

الذكاء في علاقته بالاضطراب التوحدي

5

الذكاء في علاقته بالاضطراب التوحدي

ركز كانر kanner على ذكاء الأسوياء التوحديين، فهم أذكياء بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، ولهم كل الامكانيات الفكرية، والقدرة على الفهم، فمشكلاتهم هي التواصل لا الذكاء ويركز محمود حموده (1991)على وجود شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي غالبا متوسط الدرجة (معامل الذكاء 35 -49)، والذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً يقل ذكاؤهم (معامل الذكاء) عن (50)، وهناك عوامل تنبئ بمصير الاضطراب التوحدي على المدى الطويل هي معامل الذكاء، أو نمو المهارات الاجتماعية واللغوية.

وقد يصاحب الاضطراب التوحدي كل مستويات نسبة الذكاء، ولكن في ثلاثة أرباع الحالات درجة دالة من التخلف العقلي.

وقد أظهرت دراسات مبكرة أن الإناث هن أقل ذكاء، وأكثر ميلاً لإظهار برهان على تلف الدماغ (Tasietel Asietel, 1981) بينما أشار وينج (Wing, 1981) أن الذكور بشكل عام يوصفون بإرتفاع مهارتهم الفراغية، والبنات أقل قدرة فراغية مكانية ، ويكن أكثر ميلاً لأداء وظيفي كمتخلفات عقلياً بدرجة بينة، كما يشير (محمود حموده ، 1998) إلى أنه قد لوحظ أن 40% من الذاتويين (التوحديين) لديهم معامل ذكاء يقل عن (50-55) وحوالي 30% يتراوح معامل ذكائهم من (50- 70) ويلاحظ أن حدوث الذاتوية يتزايد مع نقص الذكاء، وعلى الرغم مما يظهره الأطفال المصابون

بالأوتيزم من إستعدادات عقلية عامة تتدرج من التخلف العقلي الشديد إلى الذكاء الطبيعي فإن (ثلاثة أرباع) منهم تقل نسبة ذكائهم عن 70% وحوالي 20% فقط يقعون في فئة الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط (sue et al, 1994) والصورة المتعلقة بقدرة الذاكرة في التوحد غير واضحة وغير كاملة، فالذاكرة في العلماء شاذة، والتوحديون الصغار مشهورون بتذكر عبارات وأغانٍ وتعتبر مهارات الذاكرة على الأقل كافية خاصة في الأطفال ذوي الوظائف العالية.

وقد وجد أن 66% من 241 فرداً مصابين بالتوحدية سجلوا أقل من 70 درجة على اختبارات الذكاء في جامعة UTAH ففي تقدير سويدي3/4 الاطفال التوحديون من عدد 100.000طفل كانوا متأخرين عقلياً، وفي دراسة سبيكر، ريكسس 1984على خمسة أطفال توحديون في المرحلة العمرية من 3: 12 سنة حوالي $\frac{1}{4}$ هؤلاء الأسوياء فشلوا في إدراك أنفسهم في إختبار الذات ، وهناك العديد من الأشكال لقدرات الطفل التوحدي تتضمن الحساب، والعمليات الحسابية والذاكرة الفذة، القدرات الفنية ، وقدرات الرسم، والموسيقى، والعديد من المصابين بالتوحدية لديهم ذاكرة للتقويم، والقدرات الحسابية أو المحاكاة والعديد منهم يمكنهم ضرب وقسمة أرقام كبيرة في رأسهم، ويمكنهم أن يحسبوا الجذر التربيعي بدون تردد، فالبعض من المصابين بالاضطراب التوحدي لديهم قدرات ومهارات فائقة فقد تبرز في المسائل الرياضية والموسيقى والمهارات الدقيقة .

(نادية إبراهيم، 2002 69: 65)

الفصل السادس

6 الذاتوية (التوحد) والأساليب العلاجية

"محتويات الفصل"

أ- مقدمة.

ب- الأساليب العلاجية للطفل (التوحدي - الذاتوي):

1- التحليل النفسي.

2- العلاج السلوكي.

3- العلاج البيئي.

4- العلاج الطبي.

5- العلاج بالحياة اليومية.

6- العلاج بالنظام الغذائي والعلاج بالفيتامينات .

6 الذاتوية والأساليب العلاجية

مقدمة:

في البداية يمكن الإشارة إلى أنه من الأمور المتفق عليها أن الأطفال الذين يعانون من الذاتوية (إعاقة التوحد) هم أطفال معاقون بشكل واضح - إن صح إستخدام هذا التعبير - في مجال إستقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، وهذه الإعاقة تفضي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة والوسط الإجتماعي المحيط بهم.

ومن الطبيعي أن نتوقع أن يؤثر، ذلك وبشكل واضح على قدرة الطفل على التعلم، وخاصة في مجال التعامل بالرموز مما يعرقل نشاط العمليات الضرورية لفهم اللغة، وإستخدامها بشكل جيد نظراً لوصولها عن طريق السمع مصحوباً باضطراب في الإدراك الحركي والبصري والسمعي.

وهناك من الباحثين (إنظر على سبيل المثال: نيفين زيور، 1988) من يرى أن العلاج النفسي للطفل الإجتراري ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتوية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن إستخدام أنشطة إيقاعية Rhythmic activities مثل الموسيقى، وكذلك إستخدام أنشطة تستثير اللذة، وذلك بإستخدام الموضوعات الجامدة، وأنه ينبغي أن يكون الأمر واضحاً تماماً بأنه لا ينبغي في مثل هذه الحالات أن يحدث إحتكاكاً جسدياً مع الطفل، ذلك أنه يصعب عليه تحمله. والمهم

6

أيضاً أن ندرك أنه من الخطر أن ندفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي، ذلك أنه منذ بداية حياته دون مستوى التعلق السمبيوزي، ولذلك فإن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى إستجابة كتاتونية أو إلى القيام بدفعات ذهانية حادة.

وعلى هذا الأساس تسعى الأساليب العلاجية المتبعة مع هذه الفئة من الأطفال إلى تحقيق هدفين رئيسين هما:

الأول: دفع الطفل إلى مزيد من النمو في سياق محاولات تعديل سلوكه.

الثاني: معاونة الوالدين في تعلم طرق للتواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم معه بالمنزل.

ومما تجدر الإشارة اليه أن الهدفين السابقين ينطلقان من وجهة نظر مؤداها أن الطفل الإجتراري يعاني من مجموعة من المشكلات السلوكية وأوجة القصور التي تجعل من الصعب عليه إن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل من الآخرين وذلك بسبب عدم إستجابته للمواقف الإجتماعية واضطراب سلوكه، وعلى ذلك فإن هناك هدف أساسي من تعليمه وتدريبه وهو تنمية مهاراته اللغوية كأداة للإتصال وكوسيلة لكسر حاجز العزلة، وإلى تنمية مهاراته الإجتماعية حتى يمكن إعادة الطفل إلى المجتمع وقيامه بالمشاركة في الأنشطة الحياتية اليومية التي تدور حوله.

وفي الفقرات التالية نشير إلى بعض الأساليب العلاجية المتبعة من علاج الذاتوية (إعاقة التوحد).

6

(أ) - إستخدام التحليل النفسي في علاج الذاتوية:

كان علاج الذاتوية (إعاقة التوحد) بإستخدام جلسات التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات من القرن السابق، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهي علاقة تنطلق من إفتراض مؤداه أن أم الطفل الإجتراري لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الإفتراض هو أن هذه العلاقة تتطور خلال عملية العلاج التحليلي.

وعلى أية حال، هناك من يرى أن العلاج بإستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

في الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل باكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الإنفعالي من قبل المعالج.

وفي الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدرب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال الإجتراريين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحيحة من الناحية العقلية.

(ب)- إستخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك) في علاج الذاتوية (إعاقة التوحد):

يقترح بعض الباحثين والمهتمين بهذا الاضطراب إستخدام الأساليب

العلاجية السلوكية (طرائق تعديل السلوك) في علاج الذاتوية سواء تم ذلك في البيت، وبواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة، لعدم إستطاعة الأطفال الإجتراريين البقاء في الفصول المدرسية العادية بسبب سلوكهم الفوضوي وقصورهم في مجالات السلوك الذهني والإجتماعي الأخرى، هذا بالإضافة إلى إحتمال إقدام بعضهم على إيذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم في الحائط أو عض أيديهم بشكلٍ قاسٍ مع عدم إستجابتهم للبيئة المحيطة.

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماماً، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل. وترجع أسباب إختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة الذاتوية أو التخلص منها إلى عدة أسباب يشير إليها (القذافي ، 1994، 166) على النحو التالي:

1- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لايستغرقان وقتاً طويلاً.

2- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير، أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

3- أنه نظراً لعدم وجود إتفاق على أسباب حدوث الاضطراب، فإن هذا

6

الأسلوب لا يعير إهتماماً للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لإختلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.

4- أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات إستجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق إستخدام معززات قوية.

5- أنه ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق.

وهناك -من ناحية ثانية- عدة خطوات يتعين الإهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم، وهذه الخطوات يمكن الإشارة اليها على النحو التالي:

(1)- **تحديد الهدف:**

إذ لا بد من العمل على إختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدد وواضح، مثل الرغبة في تعليم الطفل الإبتسام لغيره، أو مشاركة الآخرين في اللعب، أو نطق كلمة معينة، أو القيام بسلوك حركي معين، أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوك الإجتماعي بشكل مطلق، فإنها تشكل مجالات واسعة يصعب قياسها ما لم يتم تحديدها في شكل وحدات سلوكيه لا يمكن الإختلاف في فهمها أو تطبيقها.

(2)- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل:**

إذ بعد أن يعمل المعالج السلوكي أو المعلم، أو المدرب أو ولي الأمر على جذب إنتباه الطفل أولاً ، فإن عليه (أو على واحد منهم) إستخدام تعليمات

سهلة يفهمها الطفل، وذلك في اللحظة المناسبة، مع عدم توجيه الحديث إليه في حالة عدم إنتباهه.

ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل إزدواج المعنى كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث يؤدي إلى صعوبة المتابعة، والأمثلة التالية تعطينا مثالاً لما يجب أن يكون:

إرفع يديك - إمسك القلم- إنظر لأعلى - إلمس اللون الأحمر.. الخ.

(3)- **حث الطفل على الإستجابة :**

عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة، إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً، لأن الإجابة ليست حاضرة لديه.

(4)- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيره متتالية مع إستمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها، إلى أن يتم تحقيق الهدف. فإذا كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً، وأن الطفل قام بنطق الحرف (ب) في المرة الأولى، ثم نطق (با) في المرة الثانية، فإنه تتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها، أما إذا إتبع الطفل الخطوتين السابقتين بنطق الحرف (بى) فلا تتم مكافأة هذه الخطوة الأخيرة.

(5)- **نوعية المكافأة:**

ويلاحظ أنه من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل، فإذا نجح الطفل في نطق كلمة (باب) كما هو مطلوب في الخطوة السابقة، فلا بد من مكافأة الطفل على ذلك. وليس من الضروري أن تكون المكافأة مادية

في شكل أطعمة أو حلوى أو مشروبات، كما يحدث في بعض البرامج. وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أو ضمه أو إحتضانه، حيث تنجح المثيرات العضوية المتمثلة في التواصل الجسمي، والمثيرات الإنفعالية مثل إبداء السرور بالطفل وإشعاره بالحب والقرب منه في حث الطفل على تكرار السلوك المرغوب بنفس القوة التي تحدثها المثيرات العادية.

والخلاصة هي أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية ، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على العكس من ذلك، يشرك الوالدان في عملية العلاج النفسي . كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة، مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى.

(ج)- إستخدام العلاج البيئي في علاج الذاتوية:

العلاج البيئي/ Environmental therapy هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعاً علاجياً. وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الإجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء. ويعتبر المصطلح مكافئاً لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطي وبالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج الذاتوية عن

طريق تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الإجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة.

(عبد الرحمن سيد سليمان، 2000، ص :89 ص95)

(د)- التدخل العلاجي الطبي:

نظراً إلى الصعوبات التي يعاني منها المصاب بإعاقات مصاحبة للتوحد (الذاتوية) بعدم الوصول إلى علاج ناجح لها، فإن أهداف التدخل العلاجي الطبي تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر ولو محدوداً من التفاعل والنمو الإجتماعي، فضلاً عن حاجة والدي الطفل وأسرته للتوجيه التربوي والذاتي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع وأساليب التعامل مع الطفل المصاب وإشباع حاجاته الذاتيه الأساسية مما يستدعي علاجاً ذاتياً متواصلاً لإستخدام العلاج السلوكي والتعليمي التي ثبت نجاحها في تخفيف ألام الأسرة وتدريبها على أساليب التعامل مع الحالة.

أسس التدخل العلاجي الطبي:

وعلى الرغم من أن شدة بعض الأعراض والسلوكيات غير المرغوبة تقل بدرجات متفاوته لدى نسبة كبيرة من الأفراد المصابين بالتوحد، فإن الاضرار بالذات أو بالآخرين والسلوك العدواني أو النكوص لها سلوكيات نمطية -Re gression تظل راسخة ويصعب أو يستحيل التخلص منها، كما تستمر نوبات

6

الصرع لدى نسبة تتراوح بين 32.5% من الحالات كما ذكرنا من قبل. ولهذا يجب إستمرار الملاحظة وجهود التدريب والتأهيل والعلاج النفسي والطبي واستخدام العقاقير التي تتحكم في نوبات الصرع وتلك التي تخفف من نوبات أو ثورات الغضب أو السلوك العدواني أو النشاط الحركي الزائد.

وبالنسبة إلى إستخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الحرص وعدم إستخدامها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر فيها تعاطيها... هذا علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد،ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية. ومن هذه العقاقير (Hal dol)Haloperidol الذي يتطلب مشورة الطبيب المختص لا في بدء إستخدامه فقط، ولكن - أيضاً- في إجراءات التوقف أو إنهاء إستخدامه وينطبق ذلك - أيضاً- على إستعمال Ritalin لخفض النشاط الزائد.

ومن العقاقير التي إستخدمت لذات الأعراض (phenfluramine pondimin) الذي يخفض نسب سيروتونين الدم Serotonin والذي كان له تأثير فعال في بعض حالات التوحد، ومن تلك العقاقير أيضاً lithium (Eskalith) and Nado (Trexan) hal Naltroxne الذي يخفف من حدة السلوك العدواني أو ايذاء الذات و Tojrenil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلة للمثيرات في المخ.

وهنا للمرة الثانية نعود ونحذر الآباء أو أفراد الأسرة من إستخدام أي من تلك العقاقير بدون موافقة الطبيب المختص، فإن في ذلك خطورة على الفرد المصاب، فضلاً عن أن نجاح أي عقار طبي مع إحدى الحالات لا يعني -

بالضرورة- نجاح تأثيره مع حالة أخرى، كما إن علينا أن نراعي الحذر من إعطاء طفل التوحد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة فقد تكون في ذلك خطورة عليه، كما أن إستخدام أكثر من عقار طبي في وقت واحد قد يجعل من الصعب تقييم فوائد فاعليته في علاج كيمياء الجسم أو سد إحتياجاته الحيوية، وعموماً فإنه حتى عند إكتشاف فاعلية أي عقار يستخدم ويحقق الفائدة المرجوه من ورائه، علينا إستخدام أقل جرعة ممكنة، فالزيادة عن الحد المؤثر قد تصبح ذات تأثير عكسي ضار.

(عثمان لبيب فراج، 2002، ص :83 ص 84).

(هـ)- **العلاج بالحياة اليومية**: Daily life therapy

تتبنى هذا المنهج مدرسة Higashy في طوكيو، وهي من مدارس التربية الخاصة باليابان، ويركز البرنامج على تدريب بدني شديد ينتج عنه إطلاق مادة الأندورفنيات (Endorphins) التي تحكم القلق إضافة إلى برنامج موسيقي مكثف، والفن والدراما، مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة، وهذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للإحتكاك والتفاعل مع رفقائهم من الأطفال العاديين بهدف مساعدتهم على النمو الطبيعي.

ويقوم البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هي:

(1)- التعليم الموجه للمجموعة: حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم.

(2)- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.

(3)- يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للإعتماد على أنفسهم في جميع شؤون حياتهم.

6

(4)- تقليل مستويات النشاط غير الهادف: تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج، حيث أن التمرينات الرياضية تؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق، وتقليل مشاعر الميل العدواني، وتؤهل الطفل إلى تعديل سلوكه للمؤثرات الخارجية، وتقلل فترات الأرق، وتساعد على السيطرة على القوة الجسمية، مع التأكيد على أهمية ممارسة هذه الهوايات والأنشطة في بيئة إجتماعية تشجع الإختلاط والتفاعل الإجتماعي وتنمي المهارات الإجتماعية.

ومن الوسائل العلاجية الأخرى العلاج بالمعايشة في مؤسسات إيواء تتيح للإطفال التوحديين العيش في المجتمع بشكل طبيعي.

(و)- العلاج من خلال النظام الغذائي، والعلاج بالفيتامينات:

Dietary and vitamin treatment:

قدم Rimland, 1996 تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الأطفال التوحديين منها الغذاء، وبخاصة جرعة من فيتامين ب 6، والمغنيسيوم، وعلاج حساسيات الطعام، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج إختلال الجهاز المناعي.

وقد أجريت بعض الدراسات في فرنسا بواسطة (Lelord. et al. 1982) أشارت إلى أن العلاج بفيتامين ب 6 ينتج عنه تحسنات سلوكية، ودراسة (Marti-neau et al. 1988) قررت أن خلط فيتامين ب 6 مع مغنيسيوم ينتج تحسناً أفضل من إستخدام فيتامين ب فقط، وقد انتهت دراسات أخرى إلى أن إستخدام فيتامين ب 6 بالمنجنيز قد أظهر تحسناً للحالة العامة والإدراك والإنتباه في 45% من الأطفال التوحديين، كما توجد تقارير أخرى عن إضافة مواد غذائية أخرى مثل ثاني ميثايل الجلايسين DMGحيث يساعد على تحسن مظهر الشخص

العام، ومهارات الإتصال، وأيضاً يشير البعض إلى كميات الخميرة (الفطر) الموجودة بمعدلات مرتفعة في القناة المعوية للأطفال التوحديين، وأنها من العوامل المساهمة في المشاكل السلوكية لهؤلاء الأطفال، وأن هذه المشكلة تنتج عن إستخدام المضادات الحيوية في علاج الأمراض التي تصيب الأطفال، وهذه المضادات الحيوية قد تدمر الميكروب الذي ينظم كمية الخميرة في جهاز الأمعاء، كنتيجة لذلك فإن الفطر ينمو سريعاً ويطلق السموم في الدم، هذه السموم قد تؤثر على وظائف المخ. إن التجارب عن حساسية الطعام بدأت تحصل على إهتمام أكثر كمساهم في المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين، والعديد من الأسر لاحظوا تغيرات موجبة وتحسناً في سلوك أطفالهم بعد إزالة أنواع معينة من الأطعمة من النظام الغذائي لأطفالهم، وقد حدد الباحثون حديثاً وجود (بيثيد) قد يكون نتيجة لعدم قابلية الجسم لكسر بروتين معين ليتحول لحمض الأمين، هذه البروتينات هي جلوتين (القمح، والشعير، والشوفان) والكاسين (يتواجد في الإنسان، ولبن البقر).

وقد أثبتت الأبحاث أيضاً أن فيتامين ج قد سبب تحسن في مرض الإكتئاب وهوس الإكتئاب، والذي يبدو مرتبطاً جينياً بالتوحد.

ومن الوسائل العلاجية الأخرى العلاج بالموسيقى، والعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة كالسباحة مع الدولفين، والعلاج بالتمرينات الرياضية التي تساعد على تقليل سلوك إثارة الذات، والعلاج باللعب لإكساب الطفل طرقاً للتواصل والتفاعل مع الآخرين.

(نادية إبراهيم أبو السعود، 2002، ص 81، ص 83)

الفصل السادس

6 التوقعات المستقبلية لحالات الذاتوية- التوحد

أ - التدخل العلاجي التعليمي.

ب - البرنامج التعليمي الفردي.

جـ- برامج التدخل المبكر.

6

التوقعات المستقبلية لحالات (الذاتوية- التوحد)

prognosis-Autism

التوحد (الذاتوية) من أشد الإعاقات التي تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر حتى مماته، ولا تنجو منها أو تشفى إلا نسبة ضئيلة لا تتعدى 2% إلى 7% ويقتصر ذلك على الحالات التي تعاني من توحد فقط ، دون أن تكون مصحوبة بالتخلف العقلي أو إعاقات ذهنية أخرى حيث تزداد فرص تحسن حالاتهم بعد التأهيل الكامل، وخاصة إذا كانوا قادرين على التواصل وإستخدام اللغة عند بلوغهم عمر من 7 :5 سنوات، وكانوا - كذلك- على ذكاء عادي أو عالٍ.

وفيما عدا ذلك نجد أن أكثر من 70%من حالات المصابين بالتوحد يصلون إلى مرحلتي الرشد والشيخوخة وهم لا يزالون يعانون من شدة الإعاقة، كما يظلون في حاجة إلى رعاية كاملة نظراً إلى عجزهم عن تحقيق إستقلال معيشي أو إعتماداً على ذاتهم في إطار الأسرة أو في أحد مراكز الرعاية الشاملة؛ حيث يقيمون فيها بقية حياتهم. وفي أحد البحوث المسحية التي أجريت في خمس ولايات أمريكية وجد أن 1-2% أمكنهم تحقيق إستقلال كامل إقتصادياً وإجتماعياً، كما يعملون في مهن مناسبة لحالاتهم، وأن من 20% -5 وصلوا بعد التأهيل إلى مستوى يكاد يكون عادياً.

وفي جميع الحالات، يتوقف تقدم الحالة على البيئة المحيطة وما إذا كانت ثرية حانية مساندة تهيىء لهم فرص التقدم وتحقيق قدر ولو محدوداً من النجاح في رعاية الذات، وإشباع حاجاتهم الملحة المتعددة، ويتحقق هذا -

6

بطبيعة الحال- إذا لم يكن الفرد المصاب يعاني من نوبات صرع (schopler, Border line et al, 1990) وكما سبق أن أشرنا كانت هناك حالات توحد غير مصاحبة بإعاقات أخرى لأطفال ذوي ذكاء أعلى من المتوسط بدأ تأهيلهم مبكراً ونجحوا في دراساتهم إلى نهاية المرحلتين الثانوية والجامعية، بل أن هناك (4) حالات معروفة حصلت على درجة الدكتوراه ولا تزال واحدة منها عاجزة عن التواصل بالكلام، ولكنها تدرب على التعبير عن ذاتها بالكمبيوتر. (Williams , 1994) .

وهناك جانب آخر من جوانب التأهيل والرعاية لطفل التوحد تلعب دوراً حيوياً في العلاج، ألا هو الإهتمام بالتغذية السليمة والصحة العامة لطفل التوحد، فالإهتمام بتوفير الوجبة الغذائية الصحية المتكاملة المناسبة لسنه ووزنه تؤدي الى الاستقرار الغذائي المطلوب، وخاصة بالنسبة إلى حالات التوحد التي أصبح من المعلوم أن لها إحتياجات خاصة فوق إحتياجات الطفل العادي السوي. وينصح خبراء التغذية بأهمية توفير تلك الإحتياجات الخاصة من المواد المعدنية والفيتامينات؛ حيث يحتاج الطفل -بصفة خاصة - إلى عنصر الزنك والنحاس والماغنيسيوم، كما يحتاج إلى فيتامين B6 بنسبة أعلى من حاجة الطفل السليم إليه، فبالإضافة إلى أهميته الغذائية فإن له - كذلك - تأثيراً مباشراً على أطفال التوحد بالذات. وخاصة إذا أعطي مع مركبات الماغنيسيوم ومجموعة من المعادن الأخرى (Rimland, 1995).

وعلى سبيل المثال، تنتج مصانع الأدوية (Kirkman) كبسولات تحت اسم Super Nu- thera وتحقق هذا الغرض وينصح Dr. B. Rimland مدير معهد أبحاث التوحد بإستخدام كبسول Dimethylglyeine المعروف باسم (DM G) لتوفير إحتياجات طفل التوحد من العناصر الغذائية الأساسية من معادن وفيتامينات وخلاصة بعض الأعشاب الخالية من المواد الكيميائية.

6

وهنا - أيضاً- نرجو ألا يسارع أباء أطفال التوحد باستخدام أي من هذه العقاقير إلا بعد أخذ رأي الطبيب المختص.

(أ) التدخل العلاجي التعليمي:

بعد هذا العرض التفصيلي لمشكلة التوحد. لا شك أن القارئ أصبح على علم بأنه على الرغم من البحوث التفصيلية التي أجريت خلال ما يزيد عن نصف قرن من الزمان للكشف عن أسرار التوحد، فإن ما نعرفه اليوم عنه هو أقل بكثير مما لا نعرفه ولا زال يلفه الظلام، وخاصة بالنسبة إلى العوامل المسببه لحدوثه.... صحيح أصبحنا نعرف أن للوراثة دوراً كعامل مسبب، كما تلعب العوامل البيئية دوراً كبيراً ، ولكننا سواء بالنسبة إلى العوامل الجينية أو البيئية ، فلا زال يحيطها الغموض، ولم نصل بعد إلى معرفة كنه تلك العلاقة بينها وبين التوحد.

ومن البديهي أنه طالما لم تعرف وتحدد العوامل المسببة، فلن يوجد علاج طبي شافٍ لما تحدثه إصابات التوحد من خلل وقصور عضوي أو وظيفي في المخ والجهاز العصبي.

ولكن بالرغم من أنه لا يوجد علاج طبي ناجح حتى الآن: إلا أن التدخل العلاجي- وبصفة خاصة بالبرامج التعليمية - قد قطع شوطاً بعيداً في تدريب وتنمية مهارات أطفال التوحد ومعالجة سلوكياتهم النمطية والعدوانية بالنسبة إليهم، أو في تخفيف حدة الأعراض التي تختلف وتتباين من طفل إلى آخر مما يحتاج إلى وضع برنامج تعليمي فردي لكل

طفل على حدة .

(ب) - البرنامج التعليمي الفردي:

Individualized Education Program IEP.

وهو برنامج خاص مبني على إفتراض أن لكل طفل توحدي إحتياجات تعليمية خاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة، وبالأحرى فإن لكل طفل صفحة بيانية Profile خاصة تحدد مشكلاته وإحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة إلى عمره الزمني، يعد بناءً على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات، يقوم بإجرائه فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين ليكون أساساً لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

فالفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي أن نهيئ الطفل التوحدي للبيئة التعليمية الخاصة به، والتي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي، مع التركيز على أنشطة وموضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به، ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد و على نمو قدراته، ويعتمد إختيار الفصل الدراسي المناسب لمستواه على درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي، وعما إذا كان يعاني من توحد فقط أو من إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد.

كذلك لا بد أن تتضمن برامج التعليم تحديداً دقيقاً للسلوكيات النمطية

6

التي يندمج في القيام بها طفل التوحد بشكل متكرر وتستنفذ جزءاً كبيراً من وقته، وكذلك تحديداً للسلوكيات الشاذة والعدوانية التي تسبب إيذاء الذات أو غيره من الرفاق والعاملين معه.

لأن بالحصر والتقييم لهذه السلوكيات يمكن أن نتوصل إلى تضمين البرنامج التعليمي الفردي جانباً خاصاً من الأنشطة والأساليب الكفيلة لمعالجة تلك السلوكيات التي لو أهملت لحالت - لا شك - دون تحقيق الأهداف التعليمية للبرنامج، كما يتضمن أنشطة علاجية وتدريباً في مجالات معينة مثل علاج عيوب النطق والكلام والتخاطب والعلاج الطبيعي والعلاج المرضي Occupational therapy والتربية الرياضية والنفسحركية والتربية الفنية والموسيقية والتي تعتبر جميعها جزءاً لا يتجزأ من أنشطة البرنامج التعليمي الفردي IEP.

والبرنامج IEP الجيد يجب أن تتوفر فيه عدة شروط أهمها:

(1)إنسجام وتطابق داخلي Internal cogreuence:

على أن تتبع أهدافه بمستوياتها المختلفة من المستوى الحالي للطفل في قدراته ومهاراته ونواحي القوة والضعف المميزة له، وإحتياجاته المختلفة: هذه الصلة التي تربط إحتياجات الطفل بالبرنامج التعليمي، هي المحور الأساس لجميع برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين، وبرنامج التعليم الفردي لكل منهم. والواقع أن التناسق والتطابق الداخليين لا يمكن تحقيقهما إلا إذا استنبطت أهداف البرنامج التعليمي مباشرة من الوضع

6

الحالي - لقدرات- ومهارات واحتياجات الطفل التي تحددها عمليات التقييم والقياس الموضوعي المقنن.

(2)-**إنسجام وتطابق خارجي**: Ixternal congreuence.

فالتطابق والتداعم الداخلي وحدهما لا يكفيان، بل لا بد من أن تتفق مع برنامج التطبيقات العلمية بالأنشطة التعليمية التي يوفرها المدرس وبناء الفصل الدراسي النابع من هذا البرنامج، الذي هو - في الواقع - المخطط الأساس Blueprint الذي يستمد منه المدرس ويخطط نشاطه التعليمي اليومي والأسبوعي والشهري في الفصل في شكل وحدات تعليمية متتابعة تشبع إحتياجات التلميذ، وتحقق الأهداف التي حددها البرنامج لكل من تلك الإحتياجات ، وترسم أسلوب التقييم المرحلي المستمر لنتائج التنفيذ.

(3)- صياغة الأهداف والأغراض التعليمية Goals Teaching ob-jectives :

هذه الأهداف يجب أن تصف وتحدد ما الذي تتوقع أن يحققه الطفل من تقدم وإكتساب للمهارات .

ونظراً إلى أن تلك الأهداف تكون المحور الأساس للبرنامج التعليمي الفردي من أنشطة ومواد تعليمية وطرق تدريس وتجهيزات وأدوات ووسائل وتكنولوجيا تعليمية فإن جهد المسؤولين عن تخطيط البرنامج التعليمي يجب أن يركز على حسن إختيار وصياغة وتداعم تلك الأهداف بما يتطلبه

6

من تناسب مع نتائج تقييم الوضع الحالي للطفل، والمدى الذي تم الإتفاق على تحقيقه، وما يتطلبه كل ذلك من تطابق وتداعم وتكامل داخلي وخارجي للبرنامج.

فعلى سبيل المثال : إذا أظهرت عملية تقييم الوضع الحالي للطفل أنه يعاني من قصور كبير في القدرات اللغوية أصبح من الضروري إعطاء أولوية أولى لتنميتها بالأنشطة المناسبة.

ويتضمن البرنامج التعليمي الفردي العناصر التالية:

1- البيانات الشخصية: (الإسم وتاريخ الميلاد وبيانات عن تركيب الأسرة والأخوة والحالة الإقتصادية والإجتماعية والعنوان والتليفون ... الخ).

2- التاريخ التعليمي للطفل والمدارس أو المراكز التي التحق بها من قبل.

3- التاريخ المرضي لمرحلة الحمل وما بعد الولادة مع أية تقارير طبية سابقة.

4- ملخص بنتائج عمليات التقويم والقياس والإختبارات النفسية وأدوات التشخيص التي طبقت ونواحي الضعف والقصور ونواحي القوة و التفوق ومستويات نمو المهارات المختلفة.

5- الأهداف البعيدة (Goals) والأغراض التعليمية (Teaching objectives) (التي وضعت للبرنامج بواسطة فريق من الأخصائيين والأسرة) ذات الصلة بالمنهج التعليمي الرسمي للأطفال العاديين بالتعليم الرسمي للدولة.

ولكن في إطار مستويات محاور النمو المختلفة للطفل التي حددتها

مسبقاً عمليتا الملاحظة والتقويم لقدرات الطفل التوحدي والتي أهمها المحاور التالية:

1- المهارات اللغوية الإستقبالية والتعبيرية وحجم ومحتوى الحصيلة اللغوية الحالية (قبل بدء البرنامج) ومهارات إستعمالها في التخاطب مع الآخرين.

2- مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي في التعامل مع البيئة ومع الآخرين والوسائل المعينة التي يستخدمها Augmentative systems إن وجدت.

3- المهارات الإجتماعية ومستوى نموها الحالي بالمقارنة بالعمر الزمني للطفل والسلوكيات الإجتماعية في المناسبات والمواقف المختلفة .

4- السلوكيات الشاذة والنمطية غير الهادفة التي يتكرر اندماج الطفل فيها لفترات زمنية طويلة، ومظاهر الإستثارة الذاتية، وقدرات التحكم في سلوكياته.

5- نواحي القصور وعيوب النطق والكلام والتخاطب.

6- مستويات الإدراك الحسي بعناصره المختلفة والإستجابات الحسية غير العادية للمثيرات البيئية العادية والحساسيات الخاصة (إن وجدت).

7- المهارات الأكاديمية والمستوى التعليمي الحالي (قبل بدء تنفيذ البرنامج) بالمقارنة بالعمر العقلي.

8- المصادر والإستراتيجيات التي ستستخدم في تنفيذ البرنامج وتحقيق أهدافه وتوزيع مكونات البرنامج على أعضاء فريق العمل مع الطفل (المدرسين - والأكاديمين - والتربية الرياضية والنفسحركية- والتربية

6

الموسيقية والتربية الفنية- والأخصائي النفسي- وأخصائي التخاطب والعلاج الطبيعي - ومساعدة المدرس وغيرهم).

9- برنامج التقويم المرحلي والنهائي للبرنامج التعليمي الفردي.

- هذا وفي تخطيط البرنامج التعليمي الفردي يلزم مراعاة المقومات التالية:

(أ) - أهمية التكامل بين مراحل إعداد وتخطيط أنشطة البرنامج وطرق التدريس والجو المدرسي والتقويم والمتابعة من جانب، والتكامل بين المنزل والمدرسة والمجتمع من جانب آخر.

(ب) - إن البرنامج التعليمي الفردي لا يقصد به تقييد المدرس بالنشاط اليومي في الفصل المدرسي أو خارجه؛ حيث إن تلك هي مسؤولية المدرس. فالبرنامج يعطي المدرس مجرد إطار عام (out line) للأهداف المطلوب تحقيقها لطفل توحد معين وعلى المدرس أن يستخدمه في وضع أنشطة البرنامج اليومي أو الأسبوعي للأنشطة التعليمية المختلفة التي تستهدف تحقيق الأهداف التربوية، مع إعطائه الحرية للتعديل والتطوير الذي يتطلبه سير العمل مع الطفل.

وما يكشف عن التنفيذ من تعثر أو تقدم سريع في اكتساب المهارات والخبرات التعليمية المطلوبة، وما يتبلور، عن تعامل المدرس مع التلميذ من معرفة وعمق وفهم أوسع لحاجات وقدرات الطفل - ولا ننسى أن المدرس الذي يعمل مع الطفل مباشرة كل يوم هو الأقرب والأكثر معرفة بأطفاله

ونواحي الضعف والقوة ومدى وسرعة تقدمه وما قد يحدث في هذا التقدم من طفرات إيجابية، ربما لم تكن متوقعة أو عثرات لم تؤخذ في الحسبان.

تلك كانت أهم مقومات برنامج التعليم الفردي لطفل التوحد، بدءاً بتحديد دقيق للتوقعات العامة، والأهداف والأغراض التعليمية التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها لفترة زمنية محددة (سنة - سنتين) عن طريق أنشطة تعليمية يحددها المدرس في برنامج عمله اليومي مع الطفل في الفصل وخارجه، ويجري تقويم نتائج هذا التنفيذ مرحلياً في نهاية المدة التي يحددها أصلاً البرنامج.

وقد يتطلب الأمر إجراء تعديلات في كل من الأهداف وطرق التدريس أثناء تلك المدة في ضوء نتائج التقويم المرحلي.... وتستخدم نتائج التقويم النهائي في رسم برنامج التعليم الفردي التالي، وقد تستخدم التكنولوجيا المتطورة لبرامج الكمبيوتر في إختيار أهداف وطرق التدريس، أثناء إعداد البرنامج الفردي للطفل، كما يستفاد بالكمبيوتر في إثراء عملية التدريس.

ويتطلب الهدف الجيد توفر 4 شروط هي :

(1)- **الواقعية** Rialistic:

بمعنى الأخذ في الإعتبار أن المهارات الأساسية السابقة -Prerequisis) its) التي تمكن الطفل من إكتساب الخبرات الجديدة المتوفرة، فالخبرة المطلوب تزويد الطفل بها، لا يمكن أن يتم إكتسابها إذا كانت تعتمد على

6

مهارات سابقة محددة غير متوفرة لدى الطفل فعلاً، فعلى سبيل المثال: الطفل يستطيع تنفيذ تعليمات سمعها من المدرس فقط، إذا كان قد سبق واستوعب مهارات لغوية، والطفل الذي لم يكتسب خبرة إستعمال القلم مسبقاً، لا تتوقع منه حالياً أن يرسم شكلاً أو يخط خطاً، فنحن إذا لم نأخذ في الإعتبار مستوى نمو المهارات السابقة والحالية لا نستطيع أن نبني أهدافاً واقعية.

(2)- إحتمال تحقيق نتائج ناجحة:

فالمدرس والأب والطفل يأملون في نتائج ناجحة؛ حتى يكتسب الطفل الخبرة المطلوبة التي يحددها الهدف، كما يصبح لديه الحافز لمواصلة التقدم؛ كلما تحمس المدرس لبذل الجهد، وكذلك سعي ولي الأمر. ومن هنا يصبح المهم أن يختار واضع البرنامج والمدرس الأهداف الواقعية في إطار قدرة الطفل، وإمكان نجاحه من إستيعاب خبراتها.

(3)- توافق متطلبات تنفيذ الأهداف Goals والأهداف المرحلية:

(Teaching objectives) مع بناء (structure) ومحتوى وتجهيزات الفصل المدرسي مع توافر ما تنتجه التكنولوجيا التعليمية المتطورة من إمكانات ووسائل تعليمية بصرية وسمعية.

(4)- توافق القيمة الوظيفية لمجموع الأهداف:

مع إحتياجات وآمال الأسرة وما تتمنى تحقيقه من البرنامج التعليمي الفردي في المرحلة الحالية والمستقبل القريب.

وطالما توفرت هذه الشروط ، كان إحتمال تحقيقها عن طريق الجهد

وأنشطة المدرس في الفصل، ومتابعة ما تقوم به المدرسة مع الأسرة في المنزل، فإن صياغة الأهداف يجب أن تتضمن تنمية القدرات والمهارات المحددة بما يكفل معالجة هذا القصور، وذلك بالتعاون مع أخصائي التخاطب (Speech therapist) وأخصائي العلاج اللغوي (language patholiegist) بحيث يتضمن البرنامج التعليمي الفردي الأهداف التي توفر التنمية الوظيفية للمهارات اللغوية.

وهكذا يجب أن يتضمن البرنامج كل الأهداف التي تتضمن تنمية المهارات التي يكشف التقييم عن قصورها لدى الطفل، كما يتضمن توفير الخدمات النفسية والإجتماعية وتدريب وإرشاد الآباء وعلاج التخاطب والعلاج الطبيعي والمهن والخدمات الصحية والتربية الفنية والرياضية والنفسحركية والمهارات الأكاديمية ورعاية الذات وإعداد الطفل التوحدي للاندماج في المجتمع وبحيث يراعي التكامل والشمول في معالجة عناصر ومقومات البرنامج كافة، وبحيث لا يعالج كل عنصر بمعزل عن العناصر الأخرى.

كما يتضمن البرنامج وسائل وأنشطة وأساليب معالجة السلوكيات النمطية والشاذة والعدوانية التي لو أهملت لكانت دائماً حجر عثرة في طريق تحقيق أهداف البرنامج التعليمي، واكتساب المهارات المختلفة المؤدية إلى تحقيق التكيف مع البيئة وإعداد الطفل لأقرب ما يكون من الحياة الطبيعية.

وفي إختيار الأهداف التعليمية للطفل :

6

يستخدم عدد من المحددات أو المعايير أهمها:

1- إرتباطها وعلاقتها بحياته اليومية والجو المدرسي وحياته الأسرية وإهتمامات أفرادها.

2- درجة ومستوى نمو القدرات والمهارات الوظيفية الحالية كما كشفت عنها معايير بطارية إختبارات مثل (PEPR) أو غيرها من أدوات التقييم.

3- النتائج الواقعية للملاحظة الموضوعية لعدد من الأشهر في المدرسة والملعب وأثناء الأنشطة الرياضية والترفيهية المختلفة وفترات الاستعداد للنوم وتغيير ملابسه والمقابلات التي أجريت مع المدرسين والمسؤولين عن رعايته والخبراء والأخصائيين وغيرهم.

4- أن تكون تلك الأهداف موضوعية وواقعية، وفي حدود إمكانات الطفل الحالية؛ وتلك التي في مرحلة البزوغ (Emirgeng) أو التبلور.

هذا وتفيدنا عملية التقييم في إعطائنا فكرة واضحة عن المستوى المناسب الذي يمكن أن نبدأ منه العمل على تنفيذ الهدف المعين بالنسبة إلى كل مهارة من المهارات الوظيفية المطلوب تنميتها، أخذاً في الإعتبار أن طفل التوحد - بصفة عامة- ينمو ويتطور؛ ولكن ببطء وبسرعة تعادل نصف سرعة نمو الطفل السليم. فما يحققه هذا الطفل في عام واحد، يحتاج الطفل التوحدي لتحقيقه إلى عامين أو أكثر. وإذا كان نمو قدرات ومهارات الطفل السليم عادةً ما يكون متساوياً في سرعته بالنسبة إلى محاور المهارات المختلفة، فإن مستوياتها وسرعة نموها تتفاوت بين

القدرات والمهارات المختلفة لدى طفل التوحد.

(عثمان لبيب فراج، 2002، ص 84، ص 93).

(جـ) برامج التدخل المبكر: Early intervention brogram

بالرغم من التقدم العلمي الحادث في مجال علاج الأمراض الجسمية والنفسية والعقلية إلا أن الاضطراب التوحدي ما زال لم يحظَ بالدراسات الكافية، ولم يتم حصر الحالات في عالمنا العربي، وتحديد نسبة إنتشاره، ولم تقدم دراسات مستفيضة تحدد الأسباب، وطرق الوقاية والعلاج الفعال، فما زال هذا الاضطراب يكتنفه الغموض، ولا يزال تشخيصه من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في مجال علاج اضطرابات الطفولة النفسية والسلوكية. إن دعم النمو المبكر يعود بفوائد عديدة على الأطفال وآبائهم ، حيث يؤثر إيجابياً على قدرة الطفل على العطاء، وبالتالي على العلاقات الوالدية، فعلى سبيل المثال معرفة أسباب الإعاقة من شأنها أن تساعد في البرامج الإرشادية والوقائية الكفيلة بالحد من الإعاقة.

وأيضاً معرفة الأسباب النفسية لمشكلات الطفل تساعد على مواجهة تلك العوامل المسببة، وإرشاد وتدريب الوالدين للحد من تلك المشكلات والاضطرابات .

ولا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً، والأطفال المعرضين لخطر

6

الإعاقة ، والأطفال ذوي الإعاقات المثبته، ولكن يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر.

والخدمات المساندة والعلاج الطبيعي والوظيفي والتطبيقي، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة، وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية، والتوعية الأسرية، والجماهيرية بوسائل الإتصال المسموعة والمقروءة والمرئية.

(منى الحديدي، جمال الخطيب، 22 :1998).

(1)- مفاهيم برامج التدخل المبكر:

(يرى سميروف، فابس sameroff, Aamd Feibs, 1998) أن الطفل يتصف بالمرونة والارتجاع إلى الحالة الطبيعية وأن الطفل المعاق والمعرض للخطر كلما تعرض إلى قدر مناسب من الخدمات كلما ساعد ذلك على الإقتراب من الوضع الطبيعي، فالتدخل يقلل الظروف السلبية التي يواجهها الطفل ويدفعه إلى المستوى الإيجابي.

(2)- يتم التدخل وفقاً لإستراتيجيات ثلاثة وهي كالتالي:

(أ)- **عملية توسطية**: Re- Mediayion

ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.

(ب) تعديل مفاهيمه وتعويضه: Re- Definian

بتعديل إدراكات الوالدين للطفل والمعالجات وممارسة الوالدين نحو الطفل.

(جـ) - إعادة تعليم الوالدين: Re- Education

لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.

(فاروق صادق، :1993ص 9-49).

وتحدد (منى سند) الإستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:

(أ) إستراتيجية التدريب المنزلي: Home Based Program

تقوم هذه الإستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل، وتؤكد على تحمل الأسرة للعبء للدور الرئيس في تنفيذ وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

(ب) إستراتيجية مراكز التدخل المبكر: Center Bassed programs

تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المختصين اللازمين، وتستقبل هذه المراكز الأطفال، وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة، وهناك أشكال من المراكز.

- **مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.**

- **مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل:** وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال، إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.

- **مراكز تدريب الوالدين:** وتقوم باستقبال الوالدين وأبنائهم، وفي البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل، ومن ثم يقوم الوالدين بموالاة التدريب بإشراف المختصين العاملين في المركز.

(ج) - إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.

(د)- إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز:

وتقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليين من عمر الطفل، ومن ثم الحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

(هـ) إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل: Child development monitoring

وتتلخص هذه الإستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال - دون الخامسة- الأكثر عرضة للإعاقة ، ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض، أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية.

(منى سند، 1998 :98-109).

(3)الإعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر:

ويحدد (شاكر قنديل) الإعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

أ - أهمية الخبرة المبكرة.

ب - أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعاق لتعليمه.

ج- أهمية تحسين كفاية الأسرة، وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعاق.

د- تحسين العلاقة الوالدية بالمعاق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.

هـ- أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعاقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.

و- تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.

ز- أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعاق النفسية - تهيئة البيئة الأسرية...) إلى جانب إهتمامها بالجوانب النمائية للمعاق.

ح- أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.

6

ي- أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسن في شخصية المعاق.

ك- لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويراً وتعديلاً لظروف البيئة المحيطة بالمعاق والتي قد تكون معوقة .

ل- أهمية البرامج الوقائية.

م- أفضل البرامج هي التي تؤمن للمعاق حياة طبيعية وسط أهله وذويه، لتجنبه الهزات النفسية.

ن- ضرورة أن لا تكتفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في نمو المعاق ذهنياً، وأن تركز أيضاً على تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها، وفي مدى قدرتها الإستقلالية.

(شاكر قنديل، 5 - 4 :2002).

وتساعد برامج التدخل المبكر على تعديل علاقة الطفل ذي الحاجات الخاصة ببيئة من مستوى المخلوق العضوي organisn إلى المستوى الإجتماعي.

.(Albee, G. 1980. 106 - 117)

وتبدأ برامج التدخل المبكر عادةً في وقت مبكر من حياة الطفل.

(4)**أساليب الممارسة التنفيذية:**

تتحدد أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر في:

أ - أهداف مكتوبة للبرنامج، وأساليب محددة لقياس نتائجه.

ب - أساليب متابعة الأداء لكل معاق وحاجاته.

ج- سبل تحديد الأهداف لكل معاق على حدة، وللأسرة أيضاً.

د- طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائياً، وتحديد خدمات المعاقين إجرائياً.

هـ- طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.

و- أسلوب لتدوين الملاحظات حول الإستجابات الكيفية للمعاق.

ز- ترجمة الملاحظات إلى إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعاق، وعلاقته بوالديه.

ح- إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة وإتخاذ قرارات موحدة بروح الفريق.

ك- خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وبحثية، وتتضمن إجراءات جمع المعلومات.

ل- الكمية والكيفية، إجراءات قبول المعاق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلاً.

م- التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين الإجتماعيين.

ن- تحسين الخدمات والتنسيق بينهما.

(مجدي صابر، 2001، 149)

ولكي تحقق البرامج العلاجية السلوكية مع الأطفال التوحديين نتائج

6

إيجابيية لا بد من التدخل المبكر Early intervention كما أوضحت دراسة Lovaas,1993 وأخرين أن الأطفال الذين تلقوا برامج علاجية سلوكية مكثفة قبل سن (5) سنوات كانت نتائج العلاج أفضل بكثير من الأطفال الذين تلقوا العلاج بعد سن (5) سنوات.

.(Lovaas, o. et al, 1993. P. P. 359- 377)

الفصل السابع

7 إعاقات أخرى قد تصاحب إعاقة التوحد

إعاقات أخرى قد تصاحب إعاقة التوحد

7

بالإضافة إلى الإعاقات التي تصاحب إعاقة التوحد التي أشرنا إليها في سياق العرض السابق، دلت البحوث التي أجريت في عقد التسعينات على أن هناك إعاقات أو متلازمات أخرى كثيراً ما تصاحب واحدة أو أكثر منها حالات التوحد نورد بعضها فيما يلي من خلال الجدول التالي:

إسم الإعاقة	وصف الإعاقات أو المتلازمات المصاحبة
(1)- de lungs is syndrome	خلل كروموسومي (gene 3Q. 26.3) تخلف عقلي شديد - ملامح وجه مميزة مع إعاقة تعلم شديدة + مشكلات سلوكية وإعاقات إتصال.
(2)- Fetal Alcohol or S-D-S	صعوبات تعلم سلوكي وقصور حركي - ينتج عن إدمان الأم الكحوليات أثناء الحمل (وفاة مفاجئة في الطفولة المبكرة دون سبب واضح).
(3)- الحصبة الألمانية Rubella	تؤدي إلى اضطرابات حسية (خاصة السمع) وإعاقات تعلم للأم الحامل.
(4)- Fragile X.S ومتلازمة كروموسومX الهش.	(Fox A) شائع موروث - تخلف عقلي Lgene-FMR Sitexq 27-3 ملامح وجه وخصائص جسمية - تخلف عقلي - مشكلات سلوكية - مشكلات معرفية ولغوية تصيب 2.5% من حالات التوحد.
(5)- Hypomelanosis of ito	خلل كروموسومي (متفرق) عيوب في الجلد والهيكل العظمي - صرع - إعاقات تعلم - تصلب درني Neuro - bromatosis - neurofi /.ectoderma 15

إسم الإعاقة	وصف الإعاقات أو المتلازمات المصاحبة
(6) Jubert syn drome	تخلف عقلي - خلل في النمو الحركي Autoso-mal Recessive disorder
(7) Lujan Frins S	إعاقة تعلم مرتبطة بكروموسوم X مع اضطرابات في الصوت وتشوهات بدنية + حركة زائدة.
(8) Morbius syndrome	Neurological- disorder + Congenital bilateral diplegia
(9) Neuro Fibromatosis	استعداد لنمو الأورام على الجلد والمخ والأمعاء مع الإعاقة في التعلم واضطرابات سلوكية. Autosomal dominant disorder of spontaneous genetic disorder (gene on chromosome 17Q 11.2).
(10) Sotos syndrome	تضخم في المخ مع استسقاء - ملامح وجه خاصة accelerated growth and Developmen-tal Delay .
(11) - Gilles de la tourette S	اضطراب جيني مع حركات قسرية غير إرادية.
(12) Epilepsy الصرع	وتصيب نوباته الصغري أو الكبرى بين 13-27% من حالات التوحد.
(13) Tuberous - selesosis من 25-61% من المصابين بها تظهر عليهم أعراض توحد.	إستعداد جيني على كروموسوم (34.3 99) والثاني على كروموسوم (13.3 .166) ويسبب إستعداداً لتصلبات وراثية أو أورام حميدة في مناطق مختلفة من الجسم والجلد والكلى والمخ ومع صرع وتخلف عقلي في 50% من الحالات وتتوقف شدة الحالة على عدد الأورام كما تكون.

7

إسم الإعاقة	وصف الإعاقات أو المتلازمات المصاحبة
(14) مصاحب بأورام الفص الصـــدغـي -Tem poral lobes .	حـالة التـوحـد المصـاحـبـة شـديدة مع نشـاط زائد وعدوان وعنف وإيذاء الذات.
(15) William, S- syndrome	مـلامح مميـزة على الـوجـه - من شـذوذ واضطراب سلوكي وفـي التـواصل الاجـتـمـاعـي Elastin gene deltion disorder
(16) P.K.U	Autosomal recessive disorder (chromosome (12Q22- Q24 - 1) بسبب قصوراً في بعض الانزيمات: زيادة نسـبـة .P.K.U مـلامح وجـه مميـزة وتشوهـات جسمية علـى الجلد -صرع- إعاقات تحتاج الأم الحـامل إلى رجيم خاص لتجنب الوفاة.

المصدر : التصريح من

((Wing and cloud 1990))

هذا بالإضافة إلى حالات مصاحبة أخرى:

siris syndrome, cohen- Bardet syndrome, cerebral palsy, coffin-Bieall Biedl syndrome, Myo-- Moon-syndrome Ducherne muscular, lawrus tonic dystrophy, Qculocutaneous abinoscm, Nooran syndrome and San-fillippo (Gillberg and colenean 1992)

(Howlin , 1995, P. 33)

المراجع

المراجع

المراجع العربية والأجنبية

1- إسماعيل محمد بدر (1997): مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد (في) المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي 2- 4 ديسمبر) المجلد الثاني، كلية التربية ، جامعة عين شمس، ص 727-ص 756 .

2- توماس أولتماتز وآخرون (2003): دراسة حالات في علم النفس المرضي ترجمة: رزق سند إبراهيم ليله، تقديم : لويس كامل مليكة، كلية الآداب - جامعة عين شمس، القاهرة.

3- جمال القاسم وآخرون (2000): الاضطرابات السلوكية، دار صفاء للنشر، الأردن.

4- حسن مصطفى عبد المعطي (2001): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، مكتبة القاهرة - مصر.

5- خولة يحيى (2000): الاضطرابات السلوكية والإنفعالية، دار الفكر. الأردن.

6- ريتشارد. م. سوين (1979): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.

7- زينب محمود شقير (2002): نداء من الإبن المعاق، المجلد الأول، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

8- شاكر عطية قنديل (2000): التدخل المبكر، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة، ابريل، ص 4 - ص 5.

9- شاكر عطية قنديل (2000): إعاقة التوحد ، طبيعتها وخصائصها (في) نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة ، ص 45 - ص 100 .

10- عبد الرحمن سيد سليمان (2000): الذاتوية (إعاقة التوحد لدى الأطفال) ، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.

11- عبد المنان ملا معمور (1997): فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين (في) المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي 2- 4 ديسمبر) المجلد الأول، كلية التربية ، جامعة عين شمس، ص 437 - ص400 .

12- عبد المنعم الحفني :(1978) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.

13- عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

14- عثمان لبيب فراج (1994): إعاقة التوحد أو الاجترار Autism خواصها وتشخيصها (1) النشرة الدورية (العدد - 40) السنة الحادية عشرة إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر، القاهرة.

15- عثمان لبيب فراج (2002): الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة والتنمية . برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية (الأجفند)، ط1، القاهرة.

16- عمر بن الخطاب (1991): التشخيص الفارقي بين التخلف العقلي واضطراب الإنتباه والتوحدية، يوليو.

17- عمر بن الخطاب (1994): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) (على إستخبار إيزنك لشخصية الأطفال) مجلة معوقات الطفولة ، المجلد الثالث، العدد الأول، جامعة الأزهر ، مركز معوقات الطفولة ص 63 - ص72 .

18- فاروق محمد صادق (1993): أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة ، مجلة مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر ، مارس، ص 9-ص49 .

19- كريستين مايلز (1994): التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً، ترجمة: عفيف الرزاز، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع ،عمان.

20- محمد شعلان (1979): الاضطرابات النفسية في الأطفال ، الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية، القاهرة.

21- محمد عز الدين (2001): التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج (في) مجلة نصف الدنيا، العدد 579، 18مارس ، القاهرة، مؤسسة الأهرام، ص 18.

22- محمود عبد الرحمن حموده :(1998)الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج- ، ط2، مطبوعة بواسطة المؤلف.

23- مجدي صابر الدسوقي (2000): دراسة تقويمية لبرامج الخدمة الإجتماعية بمدارس التربية الفكرية، رسالة دكتوراه، قسم الخدمة الإجتماعية، كلية التربية، جامعة الأزهر.

24- منى الحديدي، جمال الخطيب (1998): التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.

25- منى حلمي أحمد سند (1998): التدخل المبكر، سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس نوفمبر.

26- نادية إبراهيم أبو السعود (2002): فعالية إستخدام برنامج علاجي معرض سلوكي في تنمية الإنفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس ،معهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات النفسية والإجتماعية.

27- A.P.A (1994) : Diagnosis and statistical manual of mental Disorders (D.S.M-4)4 Edition, Washington D.c, American psychiatric Assocation .

28- Albee, G. (1980): Primary prevention and social problem (yngardner et al) child abuse, an agend a for action, P.P 106 - 117

29- Bauer, s (1995): Autism and the pervasive developmental-diorder pediatries in Review, 16. 130- 136, 168- 176.

30- Balottin, v. Bejor, M. cechini, A. Martelli, A. and polazzi . G. (1989): Infantile autism an et brain- scan findings: specific versus nonspecific abnormalities- J. of Autism developmental disorder, 19.190 .

31- D.S- M. Iv (1994), P.P 70: 71.

32- Freeman, B.J. (1986): Evaluating Autistic children. J. of pediatretic psychology (1) P.P.18- 21.

33- Graden, T. and others (1986): Emergence labelled Autistic, Tumbridge, castello publishers.

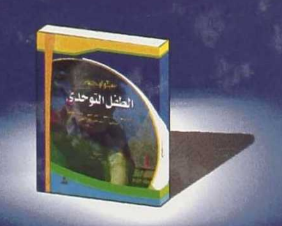
34- Frame, c.l. and Maston (1987): Hand book of Assessment psychopathology, new york, plenum press.

35- Howlin , P. (1998): Children with Autism and Asperger syndrome: aguide. For practitionrs and carers, new york, weinheim, John wiley and sons.

36- Lovaas, I, Q. et al (1993): long- term out come for children with autism who received early intensive behavioral treatement , American Jourmal on Mental Retardation, jon, vol 97 (4) 369-372.

37- Piven, J et al (1996): course of behavioral change in autism: Aretro spective study of high -IQ- adults -J. of American Academy of child and Adolesant ants and Adoles ant psychiatry, 35, 523.

38- Siegel Brnya (1996)L the Autistic children understanding and treating Autistic spectrum disorders, oxford university press, U.S.A.



هذا الكتاب

إختلف العلماء والدارسين في تحديد أسباب حدوث التوحد، وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ، وحالات مضطربي التواصل، كما ترجع صعوبة تحديد الأسباب لصعوبة التواصل مع الطفل التوحدي، وصعوبة التفاعل الإجتماعي معه مما يجعل الغموض يحيط به، إلى الحد الذي جعل هناك أسباب متعددة لحدوث الاضطراب، وبالتالي لا يمكن الإعتماد على أحد هذه الأسباب بشكل قاطع وعملي، وقد تتداخل العديد من الأسباب في حدوث هذا الاضطراب ، وكان كانر أول من بحث عن أسباب حدوثه، ثم توالت الدراسات التي أمكن من خلالها التوصل إلى أهم الأسباب التالية:

أسباب إجتماعية- أسرية:

أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب منها:

- تعرضه للعديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية داخل الأسرة.
- خوف الطفل وإنسحابه من الجو الأسري وإنعزاله بعيداً عنها وإنطوائه على نفسه.
- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل أسرته .
- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي، مما يشجعه على الإنغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.

المؤلف



دار الثقافة للنشر والتوزيع
المركز الرئيسي: عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - عمارة الحجيري
هاتف: 4646361 6 962+ - فاكس: 4610291 6 962+ - ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن
فرع الجامعة : شارع الملكة رانيا العبدالله (الجامعة سابقا) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري
تلفون: 5341929 6 962+ - فاكس: 5344929 6 962+ ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن
www.daralthaqafa.com
تطلب منشوراتنا من:
● العين - الإمارات العربية المتحدة - دار الكتاب الجامعي - هاتف: 7664845 (3) - فاكس: 7512102
● بغداد - العراق - مكتبة الذاكرة - الأعظمية مجاور السفارة الهندية - هاتف: 4257628 - فاكس: 4259987
● الجزائر - أمين للتسويق الدولي للكتاب العلمي والجامعي - هاتف: 21 773355 - حسين الداي 16040 الجزائر



ISBN 995716046-X
9 789957 160463